133

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

LANE LIBRARY

LANE LIBRARY

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 Janvier 1910, à 1 heure

PAR

EVANGEL-APOSTOLIDÈS

LE SYNDROME

DE

L'Entéro-Colite muco-membraneuse

SA PATHOGÉNIE — SON TRAITEMENT

Président : M. DEBOVE, *professeur*

Juges MM. DIEULAFOY, *professeur*
RÉNON, *agrégé*
CASTAIGNE, *agrégé*.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MEDECINE

HENRI JOUVE, Editeur

15, Rue Racine, 15

1910

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE RHIGA DE PHÉRÉES

« Π″χ! δαιιά μου ὀρφανάμου
« οκορπιομέα 'δῶ κἰ ἐκεῖ
« διωγμένα ὑβριομένα πό τά
« ἔθνη παν' εκεῖ »

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Ancien Doyen de la Faculté
Professeur de Clinique médicale à l'Hôpital Beaujon

LE

Syndrome de l'Entéro-Colite Muco-Membraneuse

SA PATHOGÉNIE — SON TRAITEMENT

INTRODUCTION

Il y a trente ans l'entéro-colite muco-membraneuse était presque inconnue des médecins. On savait, il est vrai, que des excrétions muqueuses, glaireuses ou pseudo-membraneuses accompagnent parfois le rejet des matières fécales (Fernet, van Schwicten), mais on en ignorait la nature ou bien on les prenait pour des productions diphtéritiques ou pour des parasites intestinaux.

Le syndrome clinique dont le plus souvent les excrétions muqueuses ne sont qu'un élément ne fut établi que grâce aux travaux de Laboulbène (1861), de Guyot (Société des Hôpitaux de Paris, 1868) et le Mémoire de Sirédey (même année) sur les concrétions muqueuses membraniformes de l'intestin.

Depuis lors de nombreux travaux cliniques se sont succédés, des articles ont paru successivement dans les différentes revues médicales, des mémoires, des

thèses, des discussions ont lieu très souvent dans les diverses sociétés savantes et les congrès de médecine.

Mais la question de l'entéro-colite muco-membraneuse toujours discutée et jamais complètement résolue reste encore à l'ordre du jour. Le nombre, l'importance des opinions et des théories divergentes montrent l'intérêt qui s'attache de plus en plus en cette question si controversée.

Il suffit de lire dans les classiques les différents noms dont on la désigne pour prévoir la diversité d'opinions et de théories émises sur la pathogénie et le traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse. Qu'on en juge :

Entérite muco-membraneuse (G. Sée) ;
Entérite interstitielle (Waunebroucq) :
Croup intestinal (Clamens) ;
Colite sèche ou chronique (Potain) ;
Entérite glaireuse (Nonat) ;
Colique muqueuse (Nothnagel) ;
Entéro-colite muco-membraneuse (Dieulafoy) ;
Myo-angio-névrose interstitielle (Vanne) ;
Entéro-névrose muco-membraneuse (G. Lyon) ;
Colosucchorée (Soupault et Jouault) ;
Colopathie (Legendre) ;
Dyspepsie colique (Enriquez et Grenet) ;
Etc., etc.

Autant de noms, presque autant de théories.

Pour les uns il s'agit d'une affection organique de

l'intestin. Pour les autres il n'y a qu'un simple trouble d'origine gastrique. Ceux-ci invoquent l'influence utéro-annexielle ; ceux-là le rôle du rein et du foie. D'autres ne voient dans les manifestations intestinales que la traduction d'un état diathésique ou qu'un symptôme dépendant d'un trouble nerveux. Il en est enfin qui parlent d'infection.

Il est vraiment curieux de voir un syndrome si commun et si banal être l'objet de tant de controverses, de tant de théories. Est-ce parce qu'on le connaît mieux de nos jours ? Est-il devenu plus fréquent depuis quelques années ?

C'est possible. Toujours est-il que depuis quelque temps il paie un bon tribut à nos services hospitaliers et d'aristocratique qu'il était autrefois, il tend, d'après l'expression si pittoresque du professeur Roger, à devenir démocratique.

Toutes les théories émises pour expliquer la pathogénie de l'entéro-colite muco-membraneuse trop exclusivistes s'appliquent à un certain nombre de cas, mais elles ne peuvent pas expliquer la généralité des faits, et en cette matière comme en toute question biologique il est juste qu'une théorie éclectique et répondant à la presque généralité des faits soit le plus proche de la vérité.

C'est cette théorie éclectique que nous voulons tenter d'élucider dans ce travail.

Mais avant d'aborder l'étude de la pathogénie de l'entéro-colite muco-membraneuse et de la thérapeutique qui en découlera selon nous, nous tenons

à remercier tous ceux qui ont contribué à notre éducation médicale.

M. le professeur Debove a bien voulu nous permettre de suivre son service et de recueillir les faits cliniques et les observations contenues dans notre thèse.

Il nous a fait l'honneur d'en accepter la présidence, qu'il veuille bien agréer l'expression de notre respectueuse gratitude.

Notre reconnaissance est grande pour notre cher maître, M. le professeur Roger, qui pendant plus d'un an et demi et au lit du malade nous a enseigné les maladies infectieuses et la médecine en général. Nous avons su apprécier en ce maître le clinicien accompli et le savant éminent et modeste. Qu'il nous permette de lui exprimer publiquement notre profonde reconnaissance pour les conseils qu'il nous a donnés et l'intérêt qu'il nous a toujours porté.

Auprès de notre maître, M. le professeur Pinard à la Clinique Baudelocque, nous avons appris l'art des accouchements, art si délicat, parfois si difficile et toujours indispensable aux praticiens. Le professeur Pinard a été pour nous d'une bienveillance et d'une sollicitude toute particulière, qu'il veuille bien accepter l'expression de notre reconnaissance.

Nous tenons à remercier aussi nos maîtres dans les hôpitaux. MM. Chauffard, Widal, Comby, Campenon, Desmoulins, pour l'enseignement qu'ils nous ont donné et de la bienveillance qu'ils ont toujours bien voulu nous montrer.

M. Trémolières, chef de clinique à l'hôpital Beaujon, a été pour nous un guide éclairé et expérimenté. Il nous a facilité notre tâche.

Nous lui adressons l'expression de notre gratitude pour tous les services qu'il nous a rendus et de la façon dont il nous les a rendus.

M. Gilbert Petit, médecin des asiles, nous a initié aux troublants problèmes de la médecine mentale pendant notre court séjour à l'asile du Mans et de Moulins, qu'il veuille bien accepter nos vifs remerciements.

Que MM. Ferrand, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Blois, Baronaki, chirurgien-adjoint, Ansaloni, accoucheur, reçoivent l'expression de notre gratitude pour le bon accueil et les conseils qu'ils nous ont prodigués pendant notre internat à l'Hôtel-Dieu de Blois d'où nous avons emporté le meilleur des souvenirs.

CHAPITRE PREMIER

Le rejet par l'intestin de mucus plus ou moins concrété est un phénomène banal, aussi banal que le rejet d'un exsudat liquide.

Il est presque toujours accompagné de douleurs abdominales et de troubles de l'excrétion intestinale. Le syndrome ainsi constitué se produit sous l'influence de causes multiples et diverses.

Il revêt deux modalités différentes :

Il disparaît avec l'excitation momentanée qui l'a produit.

Il persiste plus ou moins longtemps constituant alors l'entéro-colite muco-membraneuse. Dans ce dernier cas il dépend d'une irritation locale permanente ou résulte d'une réaction organique durable de l'*intestin prédisposé* à une excitation éphémère.

L'entéro-colite muco-membraneuse peut dépendre d'une irritation locale permanente :

On observe tous les jours en clinique l'entéro-colite muco-membraneuse suivre et accompagner toutes les affections des viscères abdominaux : foie, rein, utérus, appendice, etc. et disparaître le plus souvent avec elles.

Il y a quelques années Vinay a cité plusieurs cas

où une entérite muco-membraneuse typique succéda à une contusion abdominale.

Des parasites intestinaux, des larves d'insectes peuvent encore être la cause de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Les corps étrangers du rectum, les calculs biliaires qui cheminent dans l'intestin, les calculs intestinaux, tous les néoplasmes du rectum et de l'anus peuvent provoquer des excrétions glaireuses.

Elle est souvent l'effet de lavages intestinaux huileux et glycérinés, des lavages à l'eau très chaude (Mathieu et Ch. Roux), des purgatifs drastiques (Laboulbène), de l'usage trop prolongé et trop fréquent de la sonde rectale.

La coexistence des affections utéro-ovariennes et des excrétions muco-membraneuses a été signalée par Nonat, Dalché, Letcheff.

G. Weber a mis en lumière l'entéro-colite muco-membraneuse consécutive à la nephroptose.

Robin et Bardet ont accusé l'hypersthénie gastrique avec hyperchlorhydrie antécédente qui, par l'extrême acidité du chyme, bouleverse les conditions normales de la digestion intestinale, crée une constipation avec coprostase d'une nature spéciale et ajoute une irritation chimique à l'irritation mécanique produite par les matières fécales durcies. Bien que M. Robin ait constaté la constipation chez tous ses malades atteints de l'entéro-colite muco-membraneuse il se refuse à la considérer comme capable à elle seule de créer la muco-membrane. Sans cela

elle serait la règle chez tous les constipés, ce qui est loin d'être exact.

Pour M. Mathieu la thèse de l'hypersthénie gastrique aurait contre elle bon nombre d'examens du suc gastrique révélant dans la moitié des cas une hypoacidité marquée. Cette contradiction peut s'expliquer par ce fait que certains hyperchlorhydriques après avoir en quelque sorte épuisé leurs réserves chlorées dans leurs crises présentent par la suite une phase où le chimisme gastrique s'est modifié en sens contraire. En un mot, pour M. Mathieu, c'est la constipation habituelle qui est le facteur important dans la genèse de l'entéro-colite muco-membraneuse.

MM. Soupault et Jouaust considèrent comme incontestable l'influence du terrain et dans un grand nombre de cas celle du système central. Mais, d'après ces auteurs, on n'a pas tenu assez compte de certaines irritations du système nerveux périphérique et surtout des plexus nerveux abdominaux.

Ils ont remarqué la coexistence fréquente de l'entéro-colite muco-membraneuse avec l'appendicite, les affections utéro-ovariennes, la dysménorrhée, la lithiase biliaire, la lithiase rénale, les ptoses viscérales (entéroptose, néphroptose, hépatoptose, prolapsus génital), l'ulcus stomacal et le syndrome pylorique, le cancer de l'estomac, la dyspepsie nerveuse. La *colosucchorée*, disent-ils, suit pas à pas l'évolution des affections précédentes, augmente avec leur recrudescence, diminue avec leur rémis-

sion. Ces auteurs ont réalisé expérimentalement l'entéro-colite muco-membraneuse chez plusieurs lapins par l'injection aseptique de lait de bismuth dans la vésicule biliaire, l'appendice, la corne utérine ou par la décortication et la mobilité des reins. On admet que dans ces cas les filets nerveux du sympathique abdominal tiraillés et excités agissent sur l'intestin par voie réflexe.

L'hypotonie de la paroi abdominale et la mobilité, « la ptose », des viscères abdominaux jouent un grand rôle dans la genèse de la colite muco-membraneuse, d'après Glénard.

Ewald, Boas, Potain, etc. vérifièrent l'atonie pariétale, l'entéroptose et la dislocation du côlon transverse. Aussi Glénard a-t-il été porté à édifier sa théorie de l'*hépatisme* et de l'*entéroptose*. D'après cette théorie un trouble fonctionnel persistant de l'appareil digestif et en particulier du foie constituant un état diathésique, l'*hépatisme* entretient une maladie de nutrition. Celle-ci se traduit à un certain moment par des ptoses viscérales et en particulier par un prolapsus intestinal par l'entéroptose.

A une période avancée de l'entéroptose, période neurasthénique, apparaissent comme des épisodes accessoires la sténose intestinale et la colite muco-membraneuse.

Dans sa thèse sur les fonctions intestinales dans les affections de l'estomac M. Foucaud conclut que l'intestin paraît être impressionné dans presque tous les cas par les différentes névropathies : les troubles

moteurs de l'estomac exerceraient sur le canal intestinal une action beaucoup plus marquée que les les troubles du chimisme et les troubles de la sécrétion.

M. Dieulafoy met à l'origine d'un grand nombre de cas d'entéro-colite muco-membraneuse la lithiase intestinale.

Pour M. Dubois, de Berne, la principale cause de l'entéro-colite est une *représentation mentale défectueuse*. C'est la conclusion à laquelle mènent ses examens de malades poursuivis sans ce luxe d'exploration auquel, dit-il, sacrifient trop les spécialistes.

« Lorsqu'il y a lieu d'hésiter entre le nervosisme et les affections organiques », et c'est, paraît-il, très rare. « recourez au diagnostic par le sondage, les déjeuners d'essai, les recherches chimiques. Mais le plus ordinairement le diagnostic par la conversation suffit (1). »

Pour cet auteur il n'y a pas de phénomènes somatiques, si petits qu'ils soient, qui restent sans influence sur notre mentalité et surtout il n'y a pas de mouvement de l'âme ! sans retentissement sur l'organisme. « Depuis bien des années, dit-il, j'ai abandonné l'hydrothérapie et l'électricité qui m'ont paru absolument inutiles. L'occupation monotone de promener une électrode sur le corps du malade me parut

---

1. Dubois, de Berne. *Les psychonévroses et leur traitement moral*, 1905.

fastidieuse ; parfois je m'arrêtais dans ce travail pour causer avec lui et bientôt je m'aperçus qu'un mot bienveillant, un conseil de philosophie est plus précieux qu'une heure de faradisation... »

C'est à la théorie tropho-névrotique que MM. G. Lyon, Hallion et Bernard, Laignel-Lavastine, Enriquez, etc. se sont particulièrement rattachés en mettant bien en lumière l'importance considérable que jouent les troubles du sympathique abdominal et sans se limiter au seul domaine des troubles psychiques.

CHAPITRE II

Souvent un effet permanent survit à une cause éphémère. Cette réaction exagérée et prolongée ne peut s'expliquer que par une prédisposition de l'appareil nerveux intestinal dont les fonctions déréglées ne peuvent revenir à la normale.

Aucune des théories invoquées, gastrique (Bouchard, A. Robin), hépatisme (Glénard), constipation (A. Mathieu), infection intestinale (Hutinel, Marfan, Guinon, Hénoch, Ewald, Boas, Combe), représentation mentale défectueuse (Dubois de Berne), etc. ne sont nécessaires ni suffisant pour expliquer l'entéro-colite muco-membraneuse.

Toutes elles contiennent une part de la vérité et, si vraisemblables soient-elles dans certains cas, sont en défaut dans beaucoup d'autres.

En effet, comment expliquer l'apparition de la maladie chez des sujets qui ne présentent aucune ptose viscérale. Et ils sont nombreux.

D'ailleurs, ces ptoses viscérales, loin d'être primitives, sont souvent dues à l'entéro-colite elle-même. Plusieurs cliniciens en on fait la juste observation en démontrant que c'est plutôt la coprostase qui produit ces ptoses par la distension des anses intes-

tinales, les pédicules péritonéo-vasculaires étant tiraillés et à la longue s'étirant et s'allongeant.

Les ptoses, dit A. Mathieu, et la diminution de tension abdominale peuvent exister sans s'accompagner forcément de phénomènes soit nerveux dépressifs, soit dyspeptiques que systématiquement on a voulu y rattacher. D'autre part, les états névropathiques et gastro-intestinaux analogues à ceux d'origine ptosique peuvent s'observer isolément. Il en résulte, que lorsqu'on se trouve en présence d'un sujet présentant à la fois et des troubles fonctionnels et des signes physiques de ptoses abdominales, il est très difficile de considérer celles-ci comme étant la cause réelle des phénomènes morbides.

Tout ce qu'on peut dire c'est que d'une manière générale la présence des ptoses est une circonstance aggravante : c'est qu'elles tendent à augmenter et à perpétuer les phénomènes névropathiques et dyspeptiques.

D'autre part, la constipation constitutionnelle ou acquise ne peut pas être toujours incriminée comme la cause principale de l'entéro-colite. En effet si celle-ci est fréquente, la constipation simple l'est bien davantage ; n'ont de la colite muco-membraneuse, qu'un nombre relativement restreint de constipés.

Un deuxième argument contre le rôle capital et obligatoire attribué communément à la constipation est tiré de l'existence de formes diarrhéiques pures de colite, formes rares, il est vrai, mais incontestables.

Enfin dans beaucoup de cas le syndrome de l'entéro-colite muco-membraneuse se constitue d'emblée sans phase préliminaire de constipation : douleurs, glaires, constipation apparaissent ou semblent apparaître brusquement et simultanément.

De là les échecs éprouvés si fréquemment dans le traitement. Beaucoup de praticiens considèrent uniquement l'entéro-colite comme une complication de la constipation simple. Et la constipation prise à tort pour la cause n'est parfois que l'un des effets de la cause générale qui a provoqué l'entéro-colite muco-membraneuse (G. Lyon). La constipation, dit le professeur Robin, est incapable à elle seule de créer l'entéro-colite muco-membraneuse sans cela elle serait la règle chez tous les constipés, ce qui est loin d'être exact.

Il est d'observation journalière des entéro-colitriques qui ne présentent aucune ptose viscérale dont les reins ne sont pas mobiles, dont la sangle abdominale est résistante et forte, dont l'utérus est en place, dont le foie ne se ressent nullement de leur affection et dont le chimisme stomacal n'offre aucune particularité propre à éclaircir l'étiologie. L'examen du suc gastrique chez les entéro-colitiques donne en effet des résultats très variables non seulement d'un malade à l'autre, mais aussi chez le même malade à des intervalles très rapprochées (G. Lyon).

Souvent on constate de l'hyperchlorhydrie ; d'autres fois de l'hypopepsie ou bien un chimisme sensiblement voisin de la normale. On ne peut

donc subordonner l'entéro-colite à un type particulier de dyspepsie ; car les variations fréquentes du chimisme chez le même malade à des intervalles rapprochés enlèvent toute valeur à l'opinion de l'origine gastrique de l'entéro-colite muco-membraneuse.

CHAPITRE III

Cependant un seul fait semble constant : la coexistence de l'entéro-colite et des troubles nerveux. Nombre d'auteurs l'ont déjà signalée.

D'après G. Lyon il existe dans toutes les entéro-colites des troubles généraux d'ordre nerveux, des antécédents héréditaires ou acquis de nervosisme. D'habitude même l'on ne peut déceler d'autre cause appréciable qu'une névrose caractéristique, hystérie, neurasthénie (Debove), goitre exophtalmique, une lésion organique du système nerveux, tabes, paralysie générale (F. Bernard), plus souvent un simple état névropathique plus ou moins accusé.

Pour Déjerine 90 o/o des entéro-colites muco-membraneuses sont d'origine neurasthénique.

Pour Le Gendre également la pathogénie du syndrome entéro-colite est dominée par un état névropathique général et originel.

Les expériences d'Hallion, F. Bernard, qui ont provoqué des selles glaireuses par l'irritation du sympathique abdominal, mettent en évidence le rôle du système nerveux sur la genèse de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Ces troubles nerveux sont donc constants chez les

sujets atteints d'entéro-colite, il s'agit seulement de les mettre en évidence par l'interrogatoire des malades et c'est chose très facile.

A la moindre question sur leur état les entéro-colitiques détaillent avec volubilité leurs misères. Leur sommeil court et entrecoupé est troublé par de nombreux cauchemars. Presque toujours en s'endormant ils ont la sensation de tomber dans un précipice. A peine reposent-ils que des crampes tenaillent leurs jambes et les réveillent ; ils sont souvent obligés de sauter du lit. Ils se plaignent de migraines fréquentes et intenses, de céphalées à prédominance frontale ou occipitale. Ils ont de fortes névralgies dentaires et leurs dents sont tombées ou cariées. Des sensations anormales de prurit, de cuisson, des bouffées de chaleur surviennent sans raison.

Des bourdonnements les assourdissent et des éblouissements, des points scintillants altèrent leur champ visuel. Ils sont très frileux, ont souvent les pieds glacés et éprouvent fréquemment la sensation du doigt mort. Un œdème maléolaire est souvent décelable à la pression digitale (Trémolières).

Ces malades très irritables ont des colères fréquentes et terribles. Ils sont émotifs et se plaignent de palpitations et d'oppression, pleurent à la moindre secousse morale et sont obsédés et déprimés par les moindres soucis de l'existence.

Ils souffrent d'asthénie physique, de dépression intellectuelle. Ils urinent souvent même la nuit et

cependant la quantité de leurs urines n'atteint pas la normale (Trémolières).

Ce tableau symptomatologique ne rappelle-t-il pas en tous points celui du neuro-arthritisme et de la neurasthénie ?

Vient-on à interroger ces malades sur leurs antécédents héréditaires, ils vous diront que leurs ascendants sont morts poitrinaires et qu'ils étaient goutteux, migraineux, asthmatiques ou lithiasiques et, s'ils sont sincères, que l'alcool n'était pas considéré comme un poison dans leur famille. Presque toujours on rencontrera dans leurs antécédents personnels les maladies infectieuses, la rougeole, la scarlatine, les oreillons, l'érysipèle, la diphtérie et surtout la variole, d'une fréquence surprenante.

Les femmes vous apprendront qu'elles ont été réglées très tôt, onze, douze, treize ans, que leurs règles sont irrégulières, trop en avance ou trop en retard, qu'elles ont de la leucorrhée continuellement et qu'elles souffrent de coliques utérines le premier jour des menstrues.

Si l'on poussait un peu plus loin l'interrogatoire on saura que ces malades ont souvent mal à la gorge et qu'ils ont souvent des coryzas longs et tenaces.

Beaucoup ne respirent bien que par une narine ou par la bouche seulement et un certain nombre d'entre eux ne se mouchent jamais ou, au contraire, laissent sur leur mouchoir de nombreuses croûtes.

Les soumet-on à l'examen laryngologique, voici ce

qu'on constate : lésions de rhinite habituellement hypertrophique plus rarement atrophique, des végétations adénoïdes dans le pharynx nasal, des îlots de sclérose sur la paroi postérieure du pharynx buccal et une hypertrophie amygdalienne (G. Weber, Trémolières).

La coïncidence de l'entérite muco-membraneuse et des lésions rhino-pharyngées est constante et indéniable.

Triboulet, puis Aviragnet (Société de Pédiâtrie, nov. 1898), Roux et Josserand (*Revue des Maladies de l'Enfance*, 1906) signalent la fréquence de l'entéro-colite muco-membraneuse chez les adénoïdiens et citent des observations de guérison de l'entéro-colite par un simple traitement nasal. Guinon (*Revue des Maladies de l'Enfance*, août 1906), à la Société de Pédiâtrie, a attiré l'attention de ce côté et admis que non seulement l'adénoïde cause l'entéro-colite, mais aussi l'appendicite, donnant à ces affections une origine commune rhino-pharyngée.

Dans un article paru dans le journal *Le Médecin* le Dr Boy constate aussi cette fréquence des troubles gastro-intestinaux et de l'entéro-colite chez les enfants et les adultes dont le rhino-pharynx est obstrué par des sécrétions nasales et qui présentent de l'hypertrophie des glandes muqueuses du rhino-pharynx.

Delacour, dans sa thèse inaugurale (*Syndrome adénoïdien*, 1906), travail très documenté et remarquable, a relaté dans de nombreuses observations

cette coïncidence de l'entéro-colite muco-membraneuse et des lésions rhino-pharyngées.

Cet auteur, étudiant les rapports de la rhinite atrophique et de la rhinite hypertrophique, vit que dans ces cas l'anneau de Waldeyer n'est pas seul en cause et que le processus morbide ignorant des barrières tout artificielles s'étend dans les appareils respiratoire et digestif aussi loin que le tissu lymphoïde lui-même.

Chez les adénoïdiens et les ozéneux, l'entéro-colite muco-membraneuse et l'appendicite sont des plus fréquentes et inversement les sujets atteints d'entéro-colite et d'appendicite ont presque toujours des lésions rhino-pharyngées.

Enfin tout récemment Guisez, chef des travaux d'oto-laryngologie à l'Hôtel-Dieu, dans un article paru dans le *Journal des Praticiens*, 5 janvier 1907, revient sur cette coexistence de l'adénoïdisme et de l'entéro-colite en s'appuyant sur 62 observations de jeunes malades chez lesquels les deux affections coexistaient et qui ont été guéris par un traitement local rhino-pharyngé. Chez tous ces malades l'affection a persisté malgré les régimes les plus sévères, malgré une hygiène rigoureuse et des saisons à Plombières et à Châtel-Guyon.

Mais la parenté morbide qui relie les troubles digestifs aux altérations naso-pharyngées ne constitue pas un rapport de cause à effet. Celles-ci et ceux-là se développent seulement sur un même terrain, le terrain neuro-arthritique préparé par des alté-

rations profondes de la nutrition générale dépendant d'un trouble organique ou fonctionnel soit de la glande thyroïde, soit d'une autre glande vasculaire sanguine : ovaire, testicule, hypophyse, capsules, surrénales, thymus ; soit de la synergie de plusieurs de ces organes.

Les malades atteints de végétations ou d'ozène, ceux qui souffrent de l'entéro-colite et de l'appendicite présentent les mêmes marques du même processus morbide : céphalées, vertiges, bourdonnements d'oreille, crampes, cryesthésie, légères épistaxis, excès d'acide urique, toxicité urinaire au-dessous de la normale, de la dépression intellectuelle et physique de la carie et de la chute des dents, des taches unguéales, de la bifidité du cheveu et du poil de la moustache, etc., etc.

CHAPITRE IV

ENTÉRO-COLITE ET NEURO-ARTHRITISME

Les troubles fonctionnels et physiques groupés autour des symptômes cardinaux de l'entéro-colite, considérés selon les auteurs comme des symptômes accessoires, des troubles associés, des complications ou des causes originelles sont d'apparence banale et négligeable, mais par leur groupement ils acquièrent une importance capitale et foncièrement significative. A ce point de vue toutes les observations se reproduisent avec une curieuse monotonie :

Facies d'aspect plus vieux que l'âge réel ne le comporte, cheveux rares et grisonnants, migraines, céphalées, névralgies, myagies et arthralgies fréquentes, sommeil court et agité, crampes dans les jambes. Œdème prétibial, bourdonnements, éblouissements, palpitations cardiaques, frilosité et cryesthésie, doigt mort, irritabilité, violence, émotivité, asthénique physique et dépression intellectuelle, pollakiurie, oligurie, ptoses viscérales diverses, varices hémorrhoïdes, etc.

Tous ces troubles que les auteurs considèrent comme des symptômes accessoires, des troubles as-

sociés, des complications ou des causes originelles préexistent presque toujours à l'entéro-colite muco-membraneuse. Les malades en ont souffert bien avant d'être atteints d'entéro-colite. Parfois à peine ébauchés, ils s'aggravent à l'apparition de la maladie. Ailleurs c'est celle-ci qui va révéler leur présence en les aggravant. Mais un interrogatoire soigneux montrera qu'ils préexistent aux troubles intestinaux et qu'avant de devenir entéro-colitique il faut posséder les tristes attributs du neuro-arthritisme.

En effet le syndrome de l'entéro-colite muco-membraneuse si complexe avec ses migraines, ses céphalées, ses névralgies, etc., etc., correspond très exactement au tableau classique du neuro-arthritisme. Ce tableau quand il est intense et complet peut aller jusqu'à la neurasthénie confirmée. Or, le neuro-arthritisme, première étape de la neurasthénie, est dû selon les doctrines actuelles à un trouble, à un ralentissement de la nutrition générale, c'est-à-dire lié à une auto-intoxication. Quant aux états neurasthéniques la plupart des neurologistes au Congrès de Genève (1908) les ont rattachés à une intoxication.

M. Lancereaux dans le *Traité de l'herpétisme*, 1883, fait dépendre son herpétisme qui répond au neuro-arthritisme d'un trouble nerveux primitif et il admet qu'il y a une certaine analogie entre les troubles nerveux du myxœdème et de l'herpétisme et que la médication thyroïdienne peut réveiller l'activité amoindrie du système nerveux dans l'herpétisme.

M. Bouchard (1) admet dans l'arthritisme le ralentissement de la nutrition, la diathèse bradytrophique. Mais il reconnaît que le « corps thyroïde a pour action d'augmenter l'activité de la destruction de la matière, il augmente la respiration et les actes respiratoires, la consommation de l'oxygène et l'exhalation de l'acide carbonique ».

Il fait dépendre, d'autre part, l'obésité qui a des affinités morbides avec les autres membres de la famille arthritique de l'atrophie tyroïdienne. Plus récemment dans la thèse d'un de ses élèves (2) il accepte à l'origine de la diathèse bradytrophique les troubles des glandes à sécrétion interne.

Dans la séance du 28 octobre 1909, à la Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris, M. Léopold Lévy, en son nom et au nom de M. H. de Rotschild, a fait une communication sur le neuro-arthritisme tyroïdien et son traitement où il essaie de montrer que le neuro-arthritisme peut être produit du fait d'un mauvais fonctionnement de la glande tyroïde.

Pour cet auteur le neuro-arthritisme comporte des accidents qui sont : la migraine, les névralgies faciale, sciatique, intercostale ; le rhumatisme chronique ; la goutte ; l'asthme nasal ; les dermatoses : eczéma, urticaire chronique, psoriasis, la sclérodermie et l'entéro-colite muco-membraneuse.

---

1. Bouchard. *In Traité de Pathologie générale*, vol. III, p. 362.

2. Stépanoff. *Sur les rapports des auto-infections avec l'hypothyroïdie.* Thèse de Paris, 1907.

Tous ces accidents, et il y apporte des observations à l'appui, ont été améliorés ou guéris par l'opothérapie thyroïdienne. Premier argument.

Un second argument en faveur de sa théorie est fourni par cette nouvelle constatation, à savoir que tous les sujets envisagés par lui présentent en associations plus ou moins variables des symptômes qu'on rattache au neuro-arthritisme mais qui font essentiellement partie des syndromes thyroïdiens.

Ils offrent l'association des troubles d'hypo et d'hyperthyroïdie ou autrement dit d'instabilité thyroïdienne.

Ils ont d'abord des symptômes d'insuffisance thyroïdienne se rapprochant du myxœdème fruste.

On relève : les œdèmes transitoires pouvant aller jusqu'aux pseudo-lipomes, le signe du sourcil, les troubles de calorification, les troubles de vasomotricité, la constipation, la fatigue surtout matutinale, l'anorexie, la céphalée, les douleurs musculaires et articulaires, la somnolence, l'arriération physique et mentale, la sénilité précoce : tous signes de l'hypothyroïdie. L'hyperthyroïdie qui y est associée se caractérise par des phénomènes qu'on peut identifier par un double caractère : ils sont susceptibles d'être produits par thyroïdisme alimentaire c'est-à-dire par doses mal supportées de substance thyroïdienne et ils se rencontrent ou ont leur analogue dans la maladie de Basedow. Chez l'homme on peut les séparer en nervosisme banal et nervosisme spécifié.

L'énervement, les impatiences, les cris chez l'en-

fant, les cauchemars et surtout le besoin de mouvement, de déplacement, sont des caractères de ce nervosisme hyperthyroïdien.

Comme nervosisme plus spécifié il faut signaler les chaleurs, les troubles vaso-moteurs dans le sens de l'érythromégalie, les battements de cœur, le tremblement, le gonflement du cou, la strangulation, l'amaigrissement, la diarrhée et la polyurie.

Un troisième argument d'après Léopold Lévi se trouve dans les conditions du développement des accidents envisagés d'abord.

Ils sont fréquemment conditionnés par *le froid*. Aussi bien la migraine dans certains cas que l'eczéma et surtout les poussées aiguës du rhumatisme chronique trouvent dans le froid une cause d'apparition.

Or, si le corps thyroïde, dit-il, préside à la thermogénèse, inversement le froid détermine des réactions d'autant plus vives, que l'hyperthyroïdie existe à l'état latent.

Le neuro-arthritisme de l'enfant se traduirait comme chez l'adulte par des accidents paroxystiques sur lesquels agit le traitement thyroïdien migraine, urticaire, eczéma, entérite muco-membraneuse.

Tous ces troubles se notent parfois chez des enfants d'une même famille et peuvent être héréditaires.

On constate en outre chez l'enfant certains accidents particuliers. Ce sont les angines à répétition, les vomissements périodiques, les accès de fièvre répétés.

Les enfants ainsi atteints de neuro-arthritisme offrent un mélange de signes d'hypo et d'hyperthyroïdie. Ils ont souvent peu d'appétit, sont frileux, ont les extrémités froides, des frissons, se plaignent de céphalée, de douleurs, présentent de la constipation, de la fatigue facile, de la tristesse, des œdèmes transitoires, ont un système pileux insuffisant, des troubles dentaires ; ils sont d'autre part nerveux, ont un sommeil léger, agité, des crises de colère, des caprices.

Nous ne pouvons pas suivre M. Léopold Lévi dans sa théorie et les conclusions qu'il en tire. Mais il ressort de toutes ses observations un fait : c'est que la glande thyroïde intervient pour beaucoup de cas dans la genèse de l'entéro-colite muco-membraneuse. Intervient-elle dans tous les faits observés ? Et dans ce cas est-elle la seule en cause ? Car ce n'est ici qu'une partie du problème, la synergie des glandes vasculaires sanguines (ovaire, testicule, thymus, thyroïde, hypophyse et surrénale), et d'une façon générale de tous les organes excréteurs et sécréteurs rendant souvent très difficile l'analyse pathogénique.

CHAPITRE V

ENTÈRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE ET NEURASTHÉNEI

Dans son rapport sur les états neurasthéniques au Congrès français de Médecine de Genève, 1908, Jean Lépine reconnaît à la neurasthénie deux conditions pathogéniques : d'une part une faiblesse du système nerveux qui n'est que la traduction clinique d'altérations anatomiques très faibles, héréditaires ou acquises ; de l'autre un élément toxique (auto-intoxication, infection, surmenage).

Les neurasthéniques d'après cet auteur ne sont que rarement des intoxiqués par intoxication exogène à moins qu'ils le deviennent par voie thérapeutique. Ce sont au contraire des auto-intoxiqués, des neuro-arthritiques, des ralentis de la nutrition des auto-intoxiqués par affections viscérales ou tout au moins par troubles fonctionnels de certains appareils.

Il s'agit là de phénomènes purement toxiques dont la nature est jugée par leur brusque apparition en

1. Jean Lépine. *Pathogénie des Etats neurasthénie rapport*, p. 145 et suiv.

des circonstances où l'organisme est visiblement intoxiqué et par leur disparition, toute aussi brusque par la suractivité des émonctoires.

Rien ne ressemble plus à certains états neurasthéniques produits par le surmenage que le lendemain de banquets chez certains uricémiques à perméabilité rénale insuffisante. Rien de curieux aussi comme le brusque retour de la force, de l'activité, de la vitalité lorsque le régime et les médicaments ont supprimé la cause toxique occasionnelle et fait éliminer les poisons. Et qui serait assez sûr de lui pour nier que des glandes de rôle modeste comme la prostate ou les glandes salivaires ne puissent dans certaines conditions de fonctionnement vicié provoquer par contre-coup certaines modifications dans le chimisme d'organes dont l'importance énergétique est plus vraisemblable comme la glande thyroïde ou les surrénales ?

D'après Maurice de Fleury chronologiquement l'état-mental neurasthénique est postérieur aux troubles somatiques, aux troubles digestifs, au ralentissement de la nutrition, au fonctionnement défectueux des organes d'élimination.

Pour Grasset, Teissier, G. Lyon il n'y a pas de neurasthénie sans trouble organique décelable. Il n'y a en somme d'après Teissier que des états neurasthéniques ayant leur point de départ dans une intoxication, dans une infection, dans une lésion organique même lorsquelles agissent par imprégnation ou par action directe ou réflexe sur un point déterminé des centres

nerveux en entraînant l'inhibition passagère ou définitive.

Pour Bernheim de Nancy les états neurasthéniques sont dus à un agent toxique circulant dans tout l'organisme et ayant une affinité spéciale pour certains départements nerveux que ce toxique vienne du dehors ou qu'il soit élaboré dans l'organisme.

Les partisans de la théorie psychique de la neurasthénie eux-mêmes ne nient pas non plus l'intervention des troubles somatiques et ne négligent pas dans leur thérapeutique la désintoxication des malades.

Le nervosisme de la neurasthénie et tous les états neurasthéniques constituent en somme les divers degrés d'un même syndrome toxique.

L'intoxication parfois est nettement définie. Fournier a décrit une neurasthénie syphilitique ; Teissier et Crespin ; Lejorne des neurasthénies post-infectieuses et paludéennes, Grasset des neurasthénies prétuberculeuses.

D'autres fois on peut incriminer des troubles digestifs ; la cholémie (un subictère chronique), neurasthénie biliaire de Gilbert et Lereboullet.

L'uricémie, le petit br ghtisme en somme, une imprégnation lente constante des centres nerveux par les poisons intestinaux, les pigments biliaires ou les substances que le rein n'excrète plus suffisamment.

Souvent l'affection nerveuse est le premier indice d'une maladie organique. Les neurasthéniques tardifs sont fréquemment des cancéreux, des diabétiques au

début, ou, s'ils sont d'anciens syphilitiques, des candidats à la paralysie générale.

Josué a classé la neurasthénie parmi les petits signes de l'artério-sclérose.

Chez la plupart des sujets ce sont surtout ces troubles glandulaires qui paraissent provoquer les états neurasthéniques.

La glande thyroïde, mieux étudiée que les autres glandes vasculaires sanguines, semble jouer dans leur production un rôle considérable.

CHAPITRE VI

ENTÉRITE MUCO-MEMBRANEUSE ET CORPS TYRHOIDE

La relation qui unit le corps thyroïde et l'entérocolite ressort des faits cliniques et de l'expérimentation.

Horsley détruisit le corps thyroïde chez les singes : non seulement la mucine s'accumula dans le tissu conjonctif des animaux opérés, mais encore les glandes mucipares de l'intestin sécrétèrent si abondamment que les selles étaient constituées par de la mucine presque pure.

Roger et Trémolières ont opéré sur des lapins.

Trois jours après l'ablation de la glande l'un des animaux commença à émettre des crottes de taille inégale, souvent étirées, déformées, la plupart vernissées et recouvertes de petites fausses membranes ou de mucus glaireux ; plus de quatre mois après ces troubles duraient encore ; l'animal avait maigri de 800 grammes. L'autre rejeta dès le lendemain de l'opération de nombreuses crottes grosses et parsemées de minces glaires opaques ; mais le quatrième jour il fut pris d'une diarrhée riche en mucus, liquide

parfois, accompagnée de quelques crottes mouillées et de grosses glaires ; cette diarrhée dura jusqu'à la mort survenue le trentième jour de l'expérience ; en un mois le poids de l'animal avait diminué de 800 grammes.

Très souvent chez les sujets atteints d'entérocolite le corps thyroïde est changé de volume ; une palpation bien méthodique le révèle à l'observateur habitué.

Pour pratiquer cette exploration il faut faire étendre le malade à plat dans son lit et soulever la tête avec un traversin, le menton se trouve ainsi légèrement fléchi et les muscles du cou sont dans le relâchement. Si on enfonce alors les doigts dans la gouttière formée de chaque côté de la ligne médiane par la trachée en dedans et le sterno-mastoïdien en dehors, on sent, plus ou moins cachée par les faisceaux du muscle, une masse arrondie, assez dure, résistante, allongée de haut en bas, qui n'est autre que la glande thyroïde. Mais si l'organe est hypertrophié, il devient alors très facile à palper ; il repousse en dehors le sterno-mastoïdien et vient faire saillie sous la peau où on peut l'explorer aisément.

Pour distinguer une tuméfaction thyroïdienne un peu plus considérable des autres tumeurs cervicales il suffit de la saisir entre les doigts et de faire exécuter au malade un mouvement de déglutition ; s'il s'agit de la glande thyroïde on sentira la masse sui-

vre le mouvement d'élévation, puis d'abaissement du larynx.

Dans 6 observations sur 41 consignées dans la thèse de M. Trémolières est noté un véritable goître ; dans 5 autres, le corps thyroïde est notablement hypertrophié dans l'un de ses lobes ou dans son ensemble. Dans la moitié des cas cet auteur a noté l'atrophie de l'organe.

Pour notre part, nous avons noté 7 fois l'hypertrophie monolobulaire ; 1 fois l'atrophie et dans 2 cas la glande nous a paru normale.

Tous les classiques reconnaissent des troubles intestinaux au cours du goître exophtalmique.

La diarrhée est un phénomène fréquent d'après Marie, 12 fois sur 15.

Elle est paroxystique et revêt une symptomatologie spéciale : les selles sont normales et régulières, soudain à n'importe quel moment de la journée plutôt le malade est pris d'une crise impérieuse d'aller à la selle sans douleurs ni coliques ; il évacue plusieurs selles séreuses, glaireuses. L'attaque cesse aussi vite qu'elle a commencé (1).

Ces accès de diarrhée si commune dans la maladie de Barsedow représentent pour nous les formes diarrhéiques pures de colite et dans lesquelles l'élément glaire et muco-membranes font défaut, mais dans lesquelles les autres troubles accessoires que

---

1. *Traité de Médecine Gilbert et Brouardel*, vol. X, p. 643.

nous avons énumérés plus haut sont au grand complet.

Dans un article paru dans la *Presse médicale* du 17 juin 1903, le Dr Félix Bernard de Plombières a insisté sur cette coexistence du goître exophtalmique et de l'entéro-colite muco-membraneuse. Les 5 cas qu'il a observés concernaient des femmes. Chez les 5 on constatait dans les garde-robes la présence de glaires et de pseudo-membranes. Elles avaient du spasme intestinal, des douleurs abdominales, des troubles digestifs, des symptômes névropathiques.

Les symptômes de basedowiens avaient été observés chez 3 d'entre elles en même temps que les troubles intestinaux et les deux affections avaient suivi une marche parallèle ; dans 2 autres cas l'entéro-colite avait été la première en date.

Chez les cinq, les symptômes intestinaux ont rétrocédé en même temps que s'amendait la névrose basedowienne.

Dans les observations publiées par M. Trémolières dans sa thèse inaugurable nous constatons l'existence de l'entéro-colite avec le goître exophtalmique 6 fois sur 41 observations.

Nous l'avons observé deux fois et consigné dans les observations X et VII.

La coexistence, soit du myxœdème sous toutes ses formes, soit du goître exophtalmique avec l'entéro-colite muco-membraneuse semble tout d'abord paradoxale. On a coutume d'attribuer le premier au

défaut, le second à l'excès de la sécrétion thyroïdienne et l'on est surpris de voir ces syndromes inverses affecter les mêmes relations. Mais la sécrétion thyroïdienne est complexe : peut-être doit-on rapporter le myxœdème et le basedowisme non à un trouble quantitatif, mais à un trouble qualitatif de cette sécrétion (Trémolières).

Les relations du myxœdème avec les végétations adénoïdes sont maintenant bien établies.

Wingrave a examiné le corps thyroïde de 60 malades atteints de rhinite atrophique : 28 fois il était atrophié, 2 fois hypertrophié et dans les autres cas le microscope aurait sans doute décelé des lésions.

MM. Thomas, Rivière et Royer ont constaté l'extrême fréquence des végétations adénoïdes dans les pays à goître.

Hertoghe (d'Anvers) n'a jamais vu de myxœdémateux sans végétations adénoïdes ; aussi établit-il une relation étroite entre l'appauvrissement thyroïdien et l'existence des végétations adénoïdes de l'hypertrophie amygdalienne de la rhinite hypertrophique et des affections naso-pharyngées. Si les altérations des voix aériennes supérieures sont surtout l'apanage du jeune âge, c'est qu'à ce moment l'organisme, en croissant, use le plus de thyroïdine et si, à partir de la puberté, les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes, c'est que, chez elles, la glande tyroïde fonctionne avec plus d'intensité.

En clinique, avons-nous dit, c'est par la palpation qu'on peut se rendre compte de l'état de la glande

thyroïde, mais la palpation seule ne fournit que des renseignements imparfaits. Si l'hypertrophie de la glande est facile à constater, il est très difficile d'apprécier une atrophie moyenne. On peut donc hésiter à juger le volume de la thyroïde : mieux que l'examen physique, les petits signes de l'hypothyroïdie bénigne chronique qui accompagnent si souvent l'entérocolite muco-membraneuse attestent l'altération glandulaire.

Ces petits signes d'hypothyroïdie bénigne ont été bien étudiés par Hertoghe qui a dégagé ce syndrome de nombreuses observations par trois procédés qui se complètent et se corroborent :

1° L'analyse des troubles organiques et fonctionnels que présentent les parents des enfants atteints de myxœdème congénital ou d'infantilisme. Pour cet auteur l'infantilisme est fonction d'une dystrophie thyroïdienne ;

2° L'analyse et la synthèse du myxœdème franc qu'on peut atténuer ou faire reparaître à volonté selon qu'on institue ou supprime la médication thyroïdienne ;

3° L'application du traitement thyroïdien aux désordres soupçonnés d'origine hypothyroïdienne.

Céphalées frontales et occipitales, névralgies sus et sous-orbitaires d'origine dentaire, migraines, douleurs et raideurs articulaires et musculaires ; palpitations et oppression ; irritabilité, fatigue perpétuelle, sommeil troublé, intelligence souvent incomplète ; varices, fragilité capillaire et dentaire, tous ces trou-

bles préexistants, comme nous l'avons vu, à la genèse de l'entérite muco-membraneuse et trahissant le mauvais fonctionnement de la glande thyroïde. Tous ces signes nous les avons rencontrés chemin faisant, coexistant avec l'adénoïdisme, le neuro-arthritisme et la neurasthénie.

Ce qu'Hertoghe a prouvé pour le syndrome de l'hypothyroïdie bénigne chronique d'autres auteurs : Lancereaux et Paulesco, Parhou et Pajuniau, Léopold Lévi et H. de Rotschild, l'ont vérifié par l'observation clinique et l'épreuve thérapeutique.

Mais quel que soit l'aspect de la glande, on trouve dans les antécédents héréditaires et personnels des malades atteints d'entérite muco-membraneuse des causes de lésion thyroïdienne.

Les premières en importance et en fréquence sont les maladies infectieuses et d'abord la scarlatine. C'est en effet dans cette maladie que l'on trouve le plus constamment des lésions profondes du corps thyroïde. La congestion ne fait jamais défaut mais la lésion principale consiste en l'hypersécrétion de la matière colloïde (Roger et Garnier). Les lésions sont beaucoup moins fréquentes dans la rougeole que dans la scarlatine, elles consistent uniquement en congestion de la glande n'allant jamais jusqu'à l'hémorragie. C'est dans la variole qu'elles sont le plus prononcées. Hémorragie diffuse interstitielle infiltrant toute une partie du tissu entre les vésicules.

Le parenchyme présente une hypersécrétion manifeste ; de plus en quelques points il existe formation

d'une matière colloïde anormale, grenue et brunâtre.

La lésion la plus fréquente dans la diphtérie est comme dans la scarlatine l'hypersécrétion glandulaire ; c'est la réaction générale de la thyroïde devant l'infection. Mais ici la quantité de matière colloïde formée semble moins considérable que dans la scarlatine, les travées intervésiculaires sont moins dilatées ; par contre la prolifération cellulaire est plus intense, dans beaucoup de vésicules on trouve plusieurs rangées de cellules juxtaposées, dont les plus centrales se désagrègent et tombent dans la cavité de la vésicule (Roger et Garnier).

Dans la fièvre typhoïde la glande est le siège de lésions assez intenses. Lésions de phlébite avec thrombose. Parenchyme en état d'hypersécrétion manifeste (Roger et Garnier).

Dans la gastro-entérite Roger et Garnier ont remarqué de l'hypersécrétion glandulaire et aussi la formation de matière colloïde, anormale, granuleuse ayant perdu ses réactions colorantes habituelles.

Il semble donc que les poisons venus du tube digestif puissent altérer la glande thyroïde.

La modification la plus fréquente de la thyroïde infectée consiste, chez l'adulte, dans l'hyperactivité glandulaire avec sécrétion exagérée de matière colloïde, chez les héréditaires, et en particulier dans l'hérédo-syphilis, c'est le contraire qui est la règle ; la sécrétion colloïde semble entravée, la glande en est totalement dépourvue ; il y a arrêt et suppression

de cette fonction. Or, la sécrétion thyroïdienne est active chez le fœtus et l'enfant, ralentie, au contraire, chez l'adulte ; et il semble que dans le premier cas l'excitation apportée par l'infection ne puisse aboutir à une plus grande activité (Roger et Garnier).

M. H. Vincent a tout récemment repris l'étude des lésions thyroïdiennes au cours des maladies infectieuses. Dans la *Société médicale des Hôpitaux*, 26 avril 1907, il a signalé dans le rhumatisme articulaire aigu l'existence d'une réaction thyroïdienne. Il a vu cette dernière être très minime ou même faire totalement défaut dans un certain nombre de cas de rhumatisme articulaire aigu grave, ne cédant pas sous l'influence de la thérapeutique habituelle. Considérant la réaction thyroïdienne comme une réaction défensive il a employé dans un cas l'opothérapie thyroïdienne qui a donné d'excellents résultats, calmant rapidement les douleurs et faisant tomber la fièvre.

M. Sergent, le 22 novembre de la même année, rapportait l'observation d'une femme de trente-huit ans, rhumatisante ancienne, qui présenta une nouvelle crise très tenace avec poussées successives. Dès le début le signe thyroïdien décrit par M. Vincent (*Tuméfaction douloureuse du corps thyroïde*) se manifesta et à chaque poussée nouvelle on constatait un gonflement douloureux du corps thyroïde. A la longue il se produisit une hypertrophie thyroïdienne durable, réalisant, quelques semaines après la con-

valescence, le tableau clinique du syndrome de Basedow.

Les intoxications comme les toxi-infections peuvent altérer la glande thyroïde.

La *grossesse* est aussi l'occasion de troubles thyroïdiens ; elle exalte comme l'ont montré Freund, Lange, la sécrétion thyroïdienne ; mais une phase d'hypothyroïdie au moins relative précède cette phase d'exagération fonctionnelle. Après l'accouchement, l'activité de la glande est souvent amoindrie, et l'hypothyroïdie se manifeste par ses symptômes habituels.

D'ailleurs le corps thyroïde réagit à tous les épisodes de la vie génitale féminine qui sont assez souvent l'occasion de poussées entéritiques ; et l'on peut se demander si la prédisposition des femmes à l'entéro-colite muco-membraneuse n'est pas due en partie à ce fait.

La dystrophie thyroïdienne quand elle n'est pas acquise peut être héréditaire : c'est ainsi que le goître peut exister à la naissance. Derenne cité par Wœlfler a trouvé dans trois cas des grosseurs de la thyroïde chez des hérédo-syphilitiques. Fürst rapporte un cas de goître volumineux chez un enfant à terme, de mère syphilitique mais sans antécédents goîtreux ; l'enfant ne présentait pas de lésions spécifiques ; le goître guérit en six semaines grâce au traitement et Fürst n'hésite pas à considérer ce goître comme dû à l'hérédo-syphilis.

D'après Hertoghe la goutte, l'albuminurie, la tuber-

culose, l'alcoolisme des parents exercent une influence déprimante sur le corps thyroïde et se traduisent à la génération suivante par l'hypothyroïdie à des degrés variés.

Souvent enfin les frères et les sœurs des sujets atteints d'entéro-colite présentent eux-mêmes différents troubles d'origine thyroïdienne, indice de la tare familiale. Ils sont infantiles, variqueux, hémorrhoïdaires, ont des hernies, un pied plat, divers troubles trophiques.

Ainsi se confirme l'hypothèse émise par MM. Roger et Trémolières en 1906.

« Les troubles neurasthéniques et arthritiques qui accompagnent si souvent l'entéro-colite muco-membraneuse peuvent dans certains cas être rapportés aux altérations tyroïdiennes, fréquentes dans cette affection. »

En effet, on constate souvent dans l'entérite muco-membraneuse les symptômes et les causes des lésions thyroïdiennes .Ce sont ces signes et les causes des lésions glandulaires que nous avons essayé de mettre en relief dans ce travail, dégageant du tableau de l'entéro-colite muco-membraneuse un ensemble de troubles physiques et fonctionnels de la nutrition générale, identique au syndrome de l'hypothyroïdie bénigne chronique décrite par Hertoghe et où Léopold Lévi et H. de Rotschild ont distingué un mélange de troubles d'insuffisance et d'hyperactivité thyroïdienne. Triboulet, Delacour, Guisez, G. Weber et Trémolières ont établi le coïncidence

fréquente de l'entéro-colite muco-membraneuse et des troubles rhino-pharyngés, végétations adénoïdes et rhinites atrophiques ou hypertrophiques dont Wimgrave, Thomas, Rivière et Royer, Hertoghe ont montré les rapports avec le myxœdème caractérisé ou fruste. Nous avons essayé après Roger et Trémolières de mettre en évidence la fréquence dans l'entéro-colite muco-membraneuse de lésions thyroïdiennes évidentes et visibles, goître ou atrophie ou d'affections particulièrement capables de les provoquer: infections diverses et particulièrement scarlatine, diphtérie, variole, rhumatisme articulaire aigu, intoxications, etc. Tous ces faits mettent en lumière pensons-nous, l'action des troubles thyroïdiens sur les troubles névropathiques et par leur intermédiaire sur l'entéro-colite muco-membraneuse.

A défaut des troubles thyroïdiens manifestes, on constate souvent chez les malades atteints d'entéro-colite muco-membraneuse, des troubles rénaux ou hépatiques dont dépendent les troubles nerveux. Des céphalées, des vertiges, la cryesthésie, les bourdonnements d'oreilles, les secousses et les crampes dans les membres, petits signes du brightisme dénonçant un certain degré d'intoxication d'origine rénale que confirment le bruit de galop très fréquent et les résultats de l'analyse urinaire : oligurie, pollakiurie, diminution du taux de l'urée, des chlorures et de l'acide phosphorique, excès d'acide urique, faible toxicité urinaire.

La cholémie, le volume exagéré du foie, l'abaisse-

ment du taux de l'urée et des chlorures urinaires, les épistaxis souvent observés chez les entéro-colitiques révèlent l'origine de la neurasthénie qui préside à l'entéro-colite. Gilbert et Lereboullet ont d'ailleurs souvent observé l'entérite membraneuse plus ou moins accentuée au cours de la neurasthénie biliaire.

Dalché a montré quelle part revient aux phénomènes d'auto-intoxication génitale (qui font des femmes de véritables névropathes) dans les crises d'entéro-colite qui surviennent aux époques menstruelles.

Souvent des causes plus banales, *surmenage* par exemple, provoquent une intoxication à laquelle succèdent la dépression nerveuse et les troubles intestinaux.

Les symptômes d'origine hépatique, rénale, thyroïdienne, existent parfois isolément, mais ils sont le plus souvent associés. L'intoxication foncière est complexe et il est souvent difficile de savoir à quel organe défectueux on peut attribuer les troubles nerveux observés. L'anatomie pathologique, la clinique, l'expérimentation, les effets de la thérapeutique montrent en effet qu'il existe entre des différentes glandes de l'organisme des synergies ou des antagonismes.

CHAPITRE VII

Le système nerveux intoxiqué règle mal les réactions de l'intestin.

M. François Franck a montré la fibre musculaire se contractant une première fois quand son neurone est excité, puis se contractant encore en une série d'oscillations successives et décroissantes au bout d'une demi-minute, trois, cinq ou dix minutes, etc., sans nouvelle sollicitation du neurone.

L'excitation initiale semble avoir un double résultat : d'abord la réaction motrice immédiate décelable par les procédés d'enregistrement habituels, puis un emmagasinement dans le neurone dans des conditions et sous des formes qui nous échappe entièrement de quelque chose qui ressemble, comme le dit si ingénieusement M. Esmonet à ce que peut être une image visuelle ou auditive, une sorte de photographie de représentation d'image sensitive motrice, qui comporte à la fois le *souvenir* du mode d'excitation et le souvenir du mode réactionnel, et, poursuivant cette ingénieuse hypothèse, M. Esmonet dit qu'il est probable qu'il existe là un phénomène de mémoire cellulaire.

Mais d'où vient la mémoire cellulaire : La mani-

festation réactionnelle, qui se reproduisait sans excitation nouvelle et paraissait épuisée au bout d'un certain temps, persiste-elle échappant à nos procédés d'investigation ? prépare-t-elle la cellule à réagir plus vite la fois suivante quand reviendra le même mode d'excitation ? Est-ce ainsi que se créent l'automatisme, l'habitude, communes aux choses du corps et de l'esprit ? Autant de questions que se pose M. Esmonet sans pouvoir y répondre.

Toujours est-il que l'individu normal, d'après Esmonet, obéit aux lois qui tendent à obtenir de la machine humaine à la faveur de réactions exactement proportionnées à l'excitation un maximum de résultats avec un minimum d'efforts.

Chez l'arthritique, chez le nerveux, il semble que la caractéristique du neurone soit la *faiblesse irritable*.

Comme se succèdent la torpeur et la vivacité dans les concepts d'un neurasthénique, ainsi ses centres nerveux sous-jacents répondent à une même excitation par des réactions variables parfois inappréciables, parfois manifestement exagérées.

Chez l'individu normal les réactions secondaires de François Franck vont s'atténuant, s'espaçant jusqu'à ce qu'on ne puisse plus les apercevoir. Chez le nerveux, chez l'arthritique, les choses se passent comme si l'amplitude de ces réactions secondaires allait croissant et pouvant dépasser la réaction initiale. Du coup se trouveraient accrues les diverses réactions à distance que commandaient les neurones;

surmenés les éléments cellulaires correspondants moteurs, sécréteurs, trophiques ; créés les troubles fonctionnels et somatiques résultat nécessaire de toute excitation violente et anormalement prolongée (1).

On conçoit dès lors qu'une excitation intestinale même légère puisse provoquer des réactions intestinales disproportionnées et persistantes. Cette excitation peut être très variable comme Roger et Trémolière l'ont établi dans une série d'expériences sur les animaux, les lapins, animaux très sensibles et prédisposés à la myxorrhée.

Ces auteurs ont pu provoquer chez le lapin l'entéro-colite muco-membraneuse par quatre procédés: irritation mécanique (matières dures dans l'intestin) excitations nerveuses (faradisation du pneumogastrique, lésions du plexus solaire) infections intestinales ou générales ; intoxications (oxalate de soude, urate de soude, etc.).

En résumé voici comment il nous semble qu'on peut concevoir le mécanisme pathogénique de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Une intoxication d'ordinaire complexe crée le neuro-arthritisme qui prédispose à l'entéro-colite muco-membraneuse.

L'intestin commandé par un système nerveux intoxiqué réagit exagérément aux sollicitations ner-

---

1. Esmonet. *Pathogénie de l'entéro-colite.* (Maloine édit.), p. 25 et suiv.

veuses. Une excitation variable mécanique, toxique, infectieuse ou réflexe réagissant sur cet organe, provoque une hypersécrétion muqueuse accompagnée de douleurs abdominales et de constipation et ce syndrome durable constitue l'entéro-colite muco-membraneuse.

TRAITEMENT

Cette conception pathogénique dont l'expérimentation et la clinique fournissent les éléments tient compte, il nous semble, de tous les faits, les classe et coordonne d'une façon rationnelle. Elle nous permet de préciser les indications thérapeutiques de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Le traitement doit être dirigé contre la prédisposition foncière et la cause provocatrice.

Il comporte quatre indications capitales :

1° Rechercher et supprimer l'intoxication foncière qui cause l'état névropathique préexistant ;

2° Ramener à la normale le fonctionnement du système nerveux ;

3° Rechercher et supprimer les causes occasionnelles ;

4° Modérer les réactions intestinales exagérées.

A. - *Causes mécaniques.* — On combattra la constipation, à la fois cause fréquente et symptôme capital, tout en évitant les irritations intestinales qui, loin de l'atténuer, aggraveraient l'affection.

Il ne faut pas croire qu'en combattant la constipation on peut guérir la maladie. On ne fait que procurer un soulagement momentané aux malades, et

encore, faut-il, ne pas employer dans ce but les moyens médicamenteux, c'est-à-dire les nombreux laxatifs dont le moindre inconvénient est d'exagérer le spasme intestinal et d'entretenir l'irritation de la muqueuse.

Pour exonérer l'intestin de son contenu, pour éviter les effets de la stercorémie sur l'organisme et supprimer la cause d'irritation de l'intestin créée par la constipation même, il est nécessaire, il est quelquefois urgent, d'employer les évacuants en attendant les résultats de ces traitements de longue haleine, dont nous parlerons plus loin avec les détails qu'ils comportent.

Les *lavages* et les *lavements d'huile* répondent à cette indication mieux que tout autre moyen thérapeutique.

Les lavages sont surtout utiles quand les malades éliminent uniquement des scybales, quand celles-ci, agglutinées par le mucus et adhérentes à l'intestin, ne sont expulsées qu'au prix d'efforts très pénibles. Ils sont nécessaires au début d'un traitement parce qu'il y a nécessité de vider le côlon et de supprimer la cause d'irritation produite par les scybales. Mais après quelques lavages quotidiens il importe d'espacer ceux-ci et de combattre la tendance qu'ont la plupart des malades à en perpétuer l'usage journalier dès qu'ils ont pu apprécier le soulagement notable apporté par les premiers lavages. Ils doivent donc être espacés ; le nombre de deux par semaine est une limite maxima qu'on ne doit pas dépasser.

Le liquide employé est de l'eau purement et simplement bouillie au préalable et maintenue en général à une température voisine de celle du corps (37-38 degrés). C'est la température qui convient le mieux (G. Lyon).

Les lavements huileux préconisés par Kussmans et Fleiner font partie aujourd'hui de la thérapeutique courante. Généralement on emploie l'huile d'olive et l'on en fait tiédir au bain-marie une quantité variant de 250 à 500 grammes.

L'huile désagrège les scybales, les ramollit, en facilite le glissement ; elle est mieux supportée que les lavages par les malades chez qui le spasme prédomine.

On peut même combiner l'emploi des lavages et des lavements d'huile pure ; donner par exemple un lavement huileux tous les deux jours et faire un lavage tous les huit à dix jours.

En même temps que la constipation on traitera les lésions organiques de l'intestin, qui en favorisant la stase des matières et des liquides irritants, sont facteurs permanents d'entéro-colite.

B. — *Causes réflexes*

C'est souvent à l'affection d'un autre organe agissant par réflexe sur l'intestin qu'il faut rapporter l'entéro-colite muco-membraneuse. Nous avons vu dans les chapitres précédents la coexistence fré-

quente de l'entéro-colite avec l'adénoïdisme, les rapports étroits qui unissent ces deux affections sous la dépendance toutes les deux de la même cause originelle « le terrain neuro-arthritique et le fonctionnement défectueux des glandes vasculaires sanguines et de la thyroïde en particulier.

La thérapeutique vient corroborer cette façon d'envisager la question. M. Guisez, chef des travaux d'oto-laryngologie à l'Hôtel-Dieu, cite le cas de 62 observations de jeunes malades absolument guéris de leur affection instestinale par un traitement local rhino-pharyngé ; chez tous ces malades l'entéro-colite a persisté malgré les régimes les plus révères, malgré une hygiène rigoureuse et des saisons à Plombières et à Châtel-Guyon.

La disparition de leur entérite date, pour la plupart, de plus d'un an et s'est maintenue sans aucun régime spécial (1).

M. Pierre Bonnier a fait le 7 mars 1908 à la Société de Biologie une communication au sujet du traitement de l'entéro-colite par la cautérisation des cornets inférieurs.

Dans 16 cas il a cautérisé systématiquement la face supérieure des cornets inférieurs. Dans 12 cas, disparition presque instantanée des troubles fonctionnels ; dans 1 cas résultat nul, dans 2 cas modification plus lente, dans 1 cas aggravation après chaque cautérisation. Toutes les améliorations se sont maintenues, quelques-unes depuis plus d'un an.

1. Guisez. *In Journal des praticiens*, 5 janvier 1907.

Chez tous les malades traités par M. Bonnier l'entéro-colite datait de plusieurs années ; les améliorations se sont produites en quelques jours. Avec les troubles fonctionnels de l'intestin *disparaissaient les phénomènes neurasthéniques* ou hypochondriaques.

Les Drs Le Roy Delacour, G. Weber, etc. ont rapporté des faits analogues. D'autres fois, le point de départ des réflexes qui donne naissance à l'entéro-colite, siège dans un viscère ptosé : rein, utérus, annexes, etc. Aussi la néphropexie, la cure des lésions utéro-annexielles guériront-elles souvent le processus intestinal.

G. Weber a cité l'observation d'une dame, qui était atteinte de rein flottant et d'une colite mucomembraneuse rebelle ; dix jours après la fixation du rein la colite disparut spontanément.

Ainsi, bien que les ptoses nous paraissent dues généralement à la même cause générale que la colite, il existe cependant des cas où le traitement de la ptose (reconstitution chirurgicale de la paroi affaiblie, repos au lit, moyens de contention), exerce sur l'entéro-colite la plus heureuse influence comme si la ptose était bien la cause de l'entéro-colite. Il est donc indiqué lorsque les ptoses existent de soumettre les malades au repos au lit, puis au repos intermittent et de leur faire porter soit la sangle abdominale de Glénard, soit une ceinture d'une seule pièce en tissu élastique, que l'on applique comme un caleçon de bain et qui est souvent mieux supportée par les malades que la sangle de Glénard.

C. — *Causes infectieuses*

Quand l'entéro-colite est manifestement d'origine infectieuse ? c'est alors qu'on doit tenter la désinfection intestinale par l'action des médications antiseptiques évacuants, par un régime approprié et comme on l'a récemment proposé par la transformation de la flore bactérienne de l'intestin.

D. — *Nutrition générale. — Intoxication et auto-intoxication. — Neuro-arthritisme*

Grâce à la prédisposition du sujet qu'elles atteignent ces causes provocatrices, souvent passagères, amorcent une entéro-colite permanente. Il faut donc modifier le terrain, il faut, avant tout autre traitement, supprimer l'intoxication parfois exogène (Hg. Pb. etc.), le plus souvent endogène, auto-intoxication neuro-arthritique, insuffisance des glandes vasculaires sanguines. Il est donc urgent de modifier le terrain.

Comment y parvenir ?

1° Tout d'abord prescrire le repos.

Le repos joue un rôle capital au début du traitement et pendant toute sa durée. Prescrire le repos physique et le repos moral. Prescrire le repos moral c'est demander l'éloignement de toutes les causes

qui peuvent déprimer le système nerveux ; émotions diverses, travail intellectuel intensif, occupations professionnelles absorbantes, fréquentation de névropathes dont le contact entretient et exagère l'état nerveux des entéro-colitiques.

Le repos physique n'est pas moins nécessaire. beaucoup de malades usent leurs forces par des veillées prolongées, des exercices sportifs violents. Même chez ceux qui mènent une vie calme et régulière, il est souvent utile d'imposer le repos absolu. Cette mise au repos permet au médecin de prendre contact avec malade, de le voir à intervalles rapprochés et d'exercer sur lui cette action psychique dont l'utilité est incontestable (G. Lyon). Elle permet en outre de commencer à réalimenter les malades qui se rationnent à l'excès, elle facilite la suppression des laxatifs et purgatifs, cause continuelle de l'irritation intestinale, elle supprime le spasme. les crises douloureuses, apaise le système nerveux et constitue ainsi un des facteurs les plus importants de la désintoxication de l'organisme.

Chez les femmes qui ont des crises entéro-colitiques au moment de leurs époques cataméniales, le repos absolu au lit est particulièrement indiqué, ces malades étant toujours sous la menace d'une ménorragie, d'une congestion utérine excessivement intense, de la dysménorrhée pseudo-membraneuse.

Au repos il est nécessaire d'associer un régime approprié.

Le régime qui convient aux entéro-colitiques doit réaliser deux conditions :

a) Il doit être mixte, aucun régime exclusif n'étant indiqué ;

b) Il doit exclure tous les aliments qui laissent des résidus susceptibles d'irriter mécaniquement l'intestin et, d'autre part, tous les aliments épicés ou fermentescibles.

Le régime idéal serait sans contredit le régime lacté absolu ou mitigé. Mais il n'est pas toujours bien toléré par les malades quoi qu'on ait pu dire, et, en second lieu, il entretient et aggrave la constipation, souci éternel des entéro-colitiques.

Nous croyons donc qu'un régime lacto-végétarien répond aux desiderata, et, tout en fournissant les éléments nécessaires, produit une intoxication minima de l'organisme.

En même temps que le repos et le régime, il faut prescrire aux entéro-colitiques l'opothérapie pour suppléer à l'insuffisance thyroïdienne, modifier le terrain et obvier aux troubles hépatiques rénaux, etc.

Utilisée d'abord contre le myxœdème, l'opothérapie thyroïdienne fut appliquée ultérieurement au traitement de l'obésité, mais sans mesure et sans surveillance, avec des glandes parfois pas d'excellente qualité et il en est résulté des accidents, qui ont fait longtemps rejeter cette médication de la pratique médicale.

Depuis quelques années, de nouvelles recherches ont contribué à la reprise de la thyroïdothérapie en

particulier contre les accidents du neuro-arthritisme.

Mais quelle est la meilleure forme sous laquelle il faut administrer le corps thyroïde ? Faut-il utiliser la glande fraîche ou sèche ?

La glande fraîche se putréfie facilement et l'activité du corps thyroïde de l'animal à qui on emprunte cet organe est variable.

Les variations individuelles seront au contraire neutralisées si on obtient un mélange provenant par exemple de 2 ou 300 glandes thyroïdes d'animaux de même espèce. Aussi doit-on donner la préférence aux préparations sèches mais à condition que la glande soit aussi peu modifiée que possible par la simple dessiccation. A ce point de vue la meilleure préparation provient d'une glande saine desséchée à froid dans le vide.

Il faut en outre, que la poudre à ingérer n'ait subi aucun travail de putréfaction, qui se dénonce par le développement d'une odeur désagréable, différente de l'odeur habituelle qui est celle d'une poudre de viande de bonne qualité (Léopold Lévi. « Le neuro-arthritisme et son traitement », *in Bulletin de l'Internat*, octobre 1909).

La glande desséchée représente à peu près cinq fois son poids de glande fraîche.

A quelles doses doit-on l'employer ? Contre les accidents du neuro-arthritisme en général et de l'entéro-colite en particulier il faut employer de petites doses 0 gr 05 à 0 gr. 15 qui seront tout au moins

initiales et qui peuvent être suffisantes pour produire des résultats favorables.

On prescrira un cachet de 0 gr. 10 par exemple tous les quatre, trois ou deux jours et on augmentera peu à peu la dose si le résultat se faisait attendre, tout en surveillant l'emploi. A cette dose les accidents sont rares et bénins ; MM. Léopold Lévi et H. de Rotschild ont traité plus d'un millier de sujets et utilisé plus de cent mille cachets sans jamais observer le moindre accident. Jamais la thyroïde donnée seule n'a provoqué d'accidents (L. Renon et A. Delille). L'opothérapie thyroïdienne en modifiant favorablement le terrain neuro-arthritique peut modifier l'entéro-colite, l'améliorer et la guérir.

Témoin entre autres ce cas observé par Léopold Lévi récemment et relaté dans sa communication à la Société de l'Internat des Hôpitaux.

Il s'agit d'un garçon de douze ans et demi constipé depuis l'âge de deux ans et ayant manifesté de l'entérite glaireuse et sanguinolente dès l'âge de deux ans et demi, c'est-à-dire depuis dix ans avec deux crises par an. Or, les phénomènes intestinaux furent si marqués en 1908 qu'on crut à une occlusion intestinale et qu'on faillit l'opérer. Le rejet de sang, de glaires, modifia la direction du traitement appliqué surtout à produire l'évacuation intestinale. Nous le soumettons au traitement thyroïdien le 1er février 1909, par cachets de 0 gr. 025 puis de 0 gr. 10 espacés. La constipation a cédé complètement dès les premiers cachets ; il va tous les jours, à midi, à la

garde-robe Il n'a jamais rendu ni glaires, ni peaux, ni sang.

Témoin encore l'observation de cette femme dans le service du professeur Brissaud à l'Hôtel-Dieu. Il s'agit d'une femme de quarante-six ans atteinte depuis six ans seulement de myxœdème classique diagnostiquée et traitée avec succès à l'aide d'opothérapie thyroïdienne par le professeur Raymond. Peu de temps après l'apparition du myxœdème et de troubles nerveux, une entérite muco-membraneuse s'installe, qui a subi sous l'action du traitement les mêmes variations que les symptômes d'insuffisance thyroïdienne.

Le traitement thyroïdien qui souvent réalise une régulation de la glande peut être parfois remplacé par un traitement opothérapique qui pour conduire au même résultat emploie une glande antagoniste de la thyroïde. Ce qu'on peut appeler l'opothérapie thyroïdienne antagoniste ou associée.

C'est ainsi que L. Rénon et A. Delille ont souvent employé avec succès une médication mixte thyro-ovarienne, ovaro-hypophysaire, etc., pour des affections qui avaient résisté à l'emploi d'une médication simple, thyroïde seule, ovaire seul, etc.

Dans un cas communiqué à la Société de neurologie par Vincent et L. Rénon à propos d'une malade atteinte de myasthénie bulbo-spinale grave la poudre totale d'hypophyse associée à la poudre totale d'ovaire a eu une influence si rapide que la patiente

put quitter l'hôpital à pied six semaines après le début du traitement.

D'autres adjuvants peuvent être d'une grande utilité pour le traitement de l'entéro-colite :

L'électricité : méthode de Doumer (*Galvanisation avec ou sans interruption*), ou procédé de Delherm galvano-faradisation.

Le massage est un excellent moyen de combattre la constipation et le spasme, d'agir indirectement sur l'élément nerveux local et, joint au traitement général, il suffit souvent pour amener la guérison dans les formes légères. Mais en matière d'électro-thérapie et de massage il convient d'employer exclusivement les procédés de douceur si l'on veut obtenir des résultats utiles ou ne pas nuire aux malades.

Les applications humides chaudes sur l'abdomen (compresses de tarlatane imbibées d'eau très chaude exprimées et recouvertes de taffetas gommé) constituent un moyen à la fois très simple et très efficace de remédier l'élément douteux. Les bains chauds sont également des plus utiles dans les formes éréthiques de colite muco-membraneuse.

Lorsque le repos et les applications chaudes ne suffisent pas il faut avoir recours aux calmants par la voie interne : belladone, extrait de Cannabis indica, etc.

Enfin une saison à Plombières ou à Châtel-Guyon peuvent produire des améliorations très notables.

Cependant il arrive quelquefois que malgré le traitement le plus sévère, le plus rationnel, des récidives surviennent ; la guérison se fait attendre et c'est

très compréhensible ; car tous les entéro-colitiques sont des malades atteints depuis plusieurs années, ayant souvent subi des traitements intempestifs et tombés par suite de l'ancienneté de leur affection à un état de neurasthénie des plus graves, qui exigera de longs et patients efforts pour être modifiée.

En effet l'entéro-colite muco-membraneuse a une réputation d'incurabilité que les malades savent et qui n'a paru justifiée que parce que les traitements classiques étaient des traitements « à côté » entrepris à un point de vue trop exclusif (G. Lyon) : en d'autres termes, parce que ces traitements étaient symptomatiques et non pathogéniques.

C'est ce traitement pathogénique que nous avons voulu esquisser, ayant à l'esprit les indications formulées par le Dr Legendre et par lesquelles nous voulons finir :

« Au point de vue du traitement il convient de ne négliger nulle cause ; sans doute il est indispensable d'éviter la stase fécale, de nettoyer la muqueuse du côlon, de diminuer par un régime approprié les fermentations gastriques et l'acidité du contenu intestinal, de réduire les ptoses et de soigner les autres organes abdominaux, s'il y lieu, mais ces divers moyens ne suffiraient pas à remettre les malades en santé et n'empêcheraient pas les rechutes si on n'agissait pas sur leurs réactions nerveuses, nervo-motrices vaso-motrices et nervo-sécrétoires originellement, troublée. »

OBSERVATION I

M^me^ R..., âgée de cinquante-quatre ans.

Rougeole à trois ans. Fièvre typhoïde à sept ans. Réglée à quatorze ans. Régulièrement depuis.

Pertes blanches à l'âge de vingt-cinq ans fétides et parfois jaunâtres.

Mariée à dix-sept ans. Elle n'a pas eu de grossesse ni de fausses couches.

A l'époque de la puberté la malade s'est aperçue que son cou grossissait surtout du côté droit ; mais jusqu'à l'âge de trente-deux ans elle ne souffre d'aucun trouble si ce n'est d'une gêne qui l'oblige à élargir son col. Vers cette époque à la suite d'une violente émotion elle est prise la nuit des accès de suffocation qui se répètent fréquemment et qu'elle compare à des accès d'asthme.

En même temps que ces accès apparaissent des crises de diarrhée, trois ou quatre fois par mois, précédées d'une constipation opiniâtre de deux ou trois jours et accompagnées de douleurs de toute la région abdominale.

Les selles, trois à quatre par jour, contiennent des glaires et des peaux.

A l'âge de trente-trois ans la malade a trois crises de coliques néphrétiques d'une durée de quatre jours et dans l'intervalle

de trois mois. Les coliques néphrétiques n'ont plus reparu depuis.

A l'âge de cinquante-trois ans, sciatique avec sa symptomatologie habituelle et coïncidant avec des crises de diarrhée, accompagnée de douleurs abdominales au niveau de l'angle colique gauche et de la présence dans les selles de peaux et de glaires.

Un médecin est consulté pour sa névralgie sciatique et pour sa diarrhée. Il institue un traitement *ad hoc*, mais la malade ne voyant aucune amélioration dans son état se décide à entrer à l'hôpital.

A son entrée la malade se plaint de sa cuisse et de sa jambe.

L'aspect de la malade est jeune, mais ses cheveux sont peu abondants, bifides.

Elle a une très mauvaise dentition, quelques dents subsistent, mais cariées.

La langue est blanche, mais humide.

Le pouls est à 92.

On ne constate ni exophtalmie, ni tremblement, ni tachycardie.

Pas de pollakiurie ni de polyurie.

Mais en revanche elle se plaint de bourdonnements d'oreilles, des crampes dans les mollets, de la cryesthésie, des secousses électriques et la sensation que son quatrième orteil droit et gauche sont très souvent engourdis et comme morts.

La paroi abdominale est normalement dépressible. Elle n'est pas flasque. Pas de vergetures. Elle est sensible et douloureuse au niveau du cæcum, de l'angle colique gauche et de l'S iliaque.

Le foie paraît normal et on ne constate rien aux poumons. Mais au cœur on entend un bruit de galop typique.

Pas de rein flottant et la région rénale n'est ni sensible ni douloureuse à la palpation.

Corps thyroïde sensiblement hypertrophié surtout le lobe droit.

Varices et œdème à la jambe gauche, points douloureux sciatiques aux lieux d'élection.

Urines

Albumine	0
Sucre	0
Chlorures	6 gr.
Phosphates	2 gr. 55
Urée	22 gr. 10

OBSERVATION II

Maria F..., vingt et un ans, femme de chambre.

Antécédents héréditaires. — Père mort de pleurésie à quarante ans.

Mère bien portante.

Quatre frères morts en bas âge.

Six frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — A toujours été bien portante.

Réglée à treize ans, règles régulières, mais douloureuses surtout les deux premiers jours.

Elle a toujours été constipée. Elle ne va à la selle que tous les quatre à cinq jours.

Il y a deux mois, la malade se sent fatiguée, mal à l'aise. Son appétit est nul, sa bouche mauvaise, et elle a de fréquentes nausées. Elle regarde par hasard ses matières et y découvre des peaux. Celles-ci deviennent de plus en plus nombreuses et au bout d'une vingtaine de jours sont accompagnées de glaires et de mucus.

En même temps apparaissent des douleurs abdominales siégeant sur le trajet du gros intestin, les fosses iliaques, les angles coliques, le côlon transverse et l'hypogastre.

La constipation persiste malgré les laxatifs et les purgatifs que la malade s'administre, les douleurs sont continues avec des exacerbations, la fièvre apparaît et la malade entre à l'hôpital.

A son entrée la malade se plaint du ventre. La langue est blanche et saburrale, l'haleine fétide, le pouls à 96 et il existe un léger mouvement fébrile.

La paroi abdominale résistante et sans vergeture est douloureuse dans toute son étendue, mais surtout au niveau du cæcum et des angles coliques.

La dentition est très mauvaise, il manque quatre grosses molaires et les deux incisives supérieures sont complètement cariées. La malade se plaint de fréquentes névralgies dentaires qui lui tiennent toute la tête.

Très irritable, très nerveuse, elle a souvent des cauchemars la nuit, croyant tomber dans un précipice.

Elle dort la bouche ouverte et ne se mouche que rarement et souvent dans son mouchoir elle a vu des croûtes qui sentaient très mauvais.

Très frileuse, elle a les pieds et les mains toujours gelés,

elle souffre de palpitations fréquentes et assez souvent de sifflements et de bourdonnements dans les oreilles.

De pénibles sensations comme des araignées, d'après son expression, lui parcourent les jambes et les bras, surtout quand il fait mauvais temps.

Les cheveux sont mal fournis et bifides et la voûte palatine a la forme d'une ogive.

Au cœur on constate un bruit de galop. Les poumons et le foie paraissent normaux.

Pas de rein mobile.

Corps thyroïde.

A la palpation le lobe gauche du corps thyroïde est difficilement perceptible.

Le lobe droit, au contraire, est hypertrophié et fait une saillie appréciable et à la vue et surtout au palper.

Pas d'exophtalmie, pas de tremblement, pas de tachycardie.

Les amygdales sont grosses et hypertrophiées et la paroi du pharynx est parsemée de granulations.

Examen des urines

Volume	500 cmc.
Odeur	normale
Couleur	foncée
Dépôt	abondant
Densité	1027
Réaction	légèrement acide
Urée	26 gr.
Chlorures	13 gr. 5
Phosphates	1 gr. 85
Albuminurie	néant
Sucre	néant

OBSERVATION III

M^lle^ Honorine P..., vingt et un ans, domestique.

Rien à noter comme antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — La malade ne se rappelle pas avoir fait de grave maladie, mais dès son enfance elle souffre de coryzas et de maux de gorge. Il y a un an, elle a eu une angine couenneuse qui l'obligea à garder le lit pendant douze jours sans bouger ni rien prendre.

Elle a toujours été très fatiguée, très anémiée surtout vers l'âge de huit à neuf ans, en travaillant aux champs.

Elle a beaucoup maigri depuis l'âge de dix-sept ans.

Réglée à quatorze ans. Règles douloureuses et profuses. Tous les quinze jours et pendant quinze jours.

Elle a toujours été constipée tellement qu'elle restait huit, dix, quinze jours sans aller à la selle.

Il y a trois ans, elle a commencé à souffrir du ventre et à rejeter des glaires et des peaux par l'anus. Ces phénomènes sont survenus sans cause apparente.

La douleur a commencé dans la fosse iliaque gauche, puis dans la fosse iliaque droite et le côlon transverse. Elle augmente avec la constipation.

Actuellement divers remèdes (poudre de réglisse, lavements massage du ventre, etc.) assurent des évacuations à peu près régulières.

La constipation alterne quelquefois avec des débâcles diarrhéiques.

Mais il existe toujours des glaires et des peaux dans chaque selle.

Tous les accidents : douleurs, constipation et crise diarrhéiques, sont exaspérés à chaque époque menstruelle.

C'est une jeune fille, très nerveuse, très irritable se mettant souvent en colère. Il y a un mois elle a eu une crise nerveuse sans perte de connaissance.

Elle est triste, répond à peine aux questions qu'on lui pose et paraît avoir par moments des idées de dépression intellectuelle et de mélancolie.

Elle dort très mal et se réveille souvent en proie à de fréquents cauchemars.

Maux de tête continuels. Rachialgie constante.

Elle respire très mal de la narine droite et mouche souvent des croûtes. Elle est tout le temps gelée. Même l'été elle porte des fichus sur le dos, des chemisettes en flanelle et se couvre dans son lit comme en hiver.

Elle se plaint de crampes dans les mollets le matin au réveil.

Les orteils du pied gauche sont souvent engourdis et les pieds sont enflés tous les soirs.

Leucorrhée très abondante dans l'intervalle des règles.

Urticaire fréquente surtout aux exacerbations de l'entérocolite.

Elle urine souvent, mais peu ; la quantité d'urine ne dépassant pas 800 à 900 grammes. Jamais la nuit ; fréquemment dans la journée.

La palpation abdominale est douloureuse surtout au niveau du cæcum et des angles coliques. Les fosses iliaques sont sen-

sibles, mais la douleur est moindre. On ne constate pas de vergetures et la paroi abdominale paraît bien résistante.

Pas de rein mobile.

Rien au cœur.

Le foie paraît normal.

Poumons. — Submatité au sommet droit avec respiration soufflante, craquements en avant au sommet du poumon gauche très nets.

Corps thyroïde. — L'examen du corps thyphoïde montre une hypertrophie assez notable visible même à la vue. L'hypertrophie porte sur le lobe droit, sur le lobe gauche et l'isthme.

La malade nous dit qu'elle ne s'est aperçue que son cou grossissait que depuis quelques mois obligée d'abord d'élargir son col elle se décida sur l'avis de son entourage à aller voir un médecin qui a prescrit de la teinture d'iode à l'intérieur. Le goître paraît stationnaire depuis un mois. Légère exophtalmie. Tremblement. Pouls 96.

Analyse d'urines par vingt-quatre heures.

Vol	800 cmc.
Urée.	12,81
Acide urique	0,51
Chlorures	7,6
Phosphates.	1,98
Albumine	néant
Sucre.	néant

OBSERVATION IV

Mlle Eugénie B..., vingt-neuf ans, femme de chambre.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Pas d'infections infantiles, ni rougeole, ni scarlatine, ni fièvre typhoïde.

A quatorze ans mal d'yeux, conjonctivite (??) qui a duré deux mois. Taie sur l'œil droit depuis.

A seize ans eczéma de la face, du cou, des bras et des jambes qui a duré deux mois.

Réglée à quatorze ans. Règles profuses irrégulières toujours devançant l'époque et suivies pendant huit jours d'une leucorrhée abondante, fétide, et tachant la chemise.

La malade nous dit que de dix-huit à vingt-deux ans, sa santé a été de plus précaire, toujours fatiguée, essoufflée au moindre effort et souffrant de fréquentes douleurs dans les jointures principalement celles du membre supérieur.

Depuis deux ou trois mois, douleurs intenses au niveau de la région rénale avec signes d'une sciatique droite.

Elle dit qu'elle dort la bouche ouverte, qu'elle se sent les narines toujours bouchées, qu'elle mouche très souvent des croûtes et qu'elle est fréquemment atteinte de coryzas et de maux de gorge.

Elle se plaint depuis un an de secousses dans les jambes surtout la nuit, de polyurie et de pollakuirie surtout nocturne.

Elle a les jambes et les bras toujours glacés.

Crampes fréquentes dans les jambes diurnes et nocturnes.

Œdème pré-tibial chaque soir.

Pas de bruit de galop.

Pas de rein mobile ni de flaccidité de la paroi abdominale.

Foie et poumons normaux.

Ni exophtalmie, ni tremblement, ni tachycardie. Pouls à 78.

La malade a toujours été très constipée sauf depuis un mois

pendant lequel, sont survenues deux crises de diarrhée d'une durée de deux ou trois jours et s'accompagnent de douleurs de ventre. C'est alors que la malade a la curiosité de regarder sa selle et y découvre des glaires et des peaux.

Depuis ses selles contiennent toujours des peaux et des glaires et leur expulsion est précédée de coliques fort intenses surtout dans la région qu'elle nous montre et qui correspond à l'angle colique droit.

Analyse des urines :

Volume en vingt-quatre heures.	1.000 cc.
Réaction	acide
Densité	1.083

Par litre en vingt-quatre heures :

Urée	21,12
Acide urique	0,35
Phosphates	0,52
Chlorures	9,35
Albumine	traces
Sucres	néant

A la palpation, le corps thyroïde est appréciable, surtout le lobe gauche,

Cette malade est originaire de la Haute-Savoie et sa mère, nous dit-elle, a le cou beaucoup plus gros qu'elle.

OBSERVATION V

M^me^ Constance P..., quarante-cinq ans, cuisinière.

Antécédents personnels. — Rougeole à huit ans, pas d'autre maladie infantile.

Réglée à dix-sept ans et demi, régulièrement mais avec des douleurs aux reins et au bas-ventre.

Les règles durent huit jours et sont abondantes.

Pertes blanches continuelles, elle est obligée d'être toujours garnie.

Un enfant à vingt-cinq ans après une hémorragie très abondante *post-partum*.

Depuis cette époque, la malade souffre toujours du bas-ventre et de temps en temps elle a des métrorragies.

La malade a remarqué depuis quatre ans que son cou commençait à augmenter de volume. Son col la gênait beaucoup, elle ne pouvait pas se serrer et elle l'écrit à son médecin qui lui prescrit une potion et des pilules.

Dans l'intervalle, péritonite aiguë, coïncidant avec une augmentation de la leucorrhée qui devient foncée et tache le linge. La malade reste six semaines couchée.

C'est, peu après cette époque, qu'ont apparu des troubles de l'entéro-colite muco-membraneuse. Elle remarque dans ses selles des peaux et des glaires et effrayée vient consulter à l'hôpital Beaujon.

A son entrée la malade se plaint de douleurs localisées dans la fosse iliaque droite et le côlon transverse. Elle est très constipée et ne peut aller à la selle qu'à l'aide de deux ou trois lavements par jour, des laxatifs et des purgatifs. Les selles composées de petites crottes sont toujours engluées dans du mucus et des membranes.

La paroi abdominale est douloureuse à la pression au niveau du côlon transverse.

Elle est flasque et parsemée de nombreuses et profondes vergetures.

Il existe au niveau de la région appendiculaire une cicatrice, trace d'une opération d'appendicite que la malade a subie par le Dr Roux à Lausanne.

Depuis cette opération, la constipation a été améliorée, les douleurs ont diminué d'intensité mais sans jamais disparaître.

C'est surtout aux moments des règles ou à la suite d'une fatigue, d'une émotion morale, que ces phénomènes réapparaissent de nouveau.

Pas d'angines fréquentes, mais elle s'enrhume souvent, respire mal du nez, dort souvent la bouche ouverte et ne se mouche presque jamais.

Très nerveuse, très irritable, colères faciles et violentes.

Migraines et névralgies dentaires très fréquentes. Quatre dents cariées. Les autres, surtout les molaires, en mauvais état. Gingivite. Voûte palatine ogivale.

Doigt mort. Froid aux pieds. Très frileuse.

Pollakiurie, pas de polyurie.

Foie gros et douloureux à la pression débordant de deux travers de doigt les fausses côtes.

Au cœur ébauche du bruit de galop.

Aux poumons quelques râles sibilants aux deux bases.

Pas de végétations adénoïdes.

Les amygdales paraissent normales, mais la face postérieure du pharynx est tapissée de nombreuses granulations.

Corps thyroïde hypertrophié. Hypertrophie visible et perceptible surtout du côté gauche.

Pouls 92. Pas d'hypertension, ni de tremblement, ni d'exophtalmie.

OBSERVATION VI

Mme J. Cl..., vingt-neuf ans, bonne à tout faire.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — A eu la variole à neuf ans en même temps qu'une de ses sœurs, mais elle n'en a gardé aucune trace. Sa sœur en est criblée.

A onze ans, fièvre typhoïde assez légère.

Convulsions fréquentes lors des éruptions dentaires à deux ans, crise très forte à la suite de laquelle elle reste sans connaissance pendant une heure. C'est de ce moment que date un strabisme interne de l'œil gauche.

Réglée à quinze ans. Elle perd sa mère en ce moment et a à la suite, une éruption eczématiforme généralysée.

Depuis, réglée régulièrement et sans douleurs jusqu'à vingt-six ans.

Elle a eu trois enfants à dix-neuf ans, à vingt-six ans et à vingt-sept ans. Accouchements normaux. Une fausse couche de deux mois à la suite de grandes fatigues, fausse couche qui l'a obligée d'entrer à l'hôpital Beaujon et de subir un curettage.

La malade sort de l'hôpital au bout de douze jours. Le quinzième jour la malade qui était habituellement constipée commence à souffrir dans les deux fosses iliaques ; sa constipation s'accroît et remarque dans ses selles des peaux et des glaires en abondance.

Alternatives de constipation et de débâcles diarrhéiques mêlées de sang.

Aucune amélioration depuis cette époque. Elle n'irait pas à la selle sans lavements.

Les peaux persistent ainsi que les douleurs abdominales et la constipation.

Elle est devenue très nerveuse depuis sa fausse couche, très irritable, très émotive, de très calme qu'elle était auparavant.

Peu de sommeil. Cauchemars fréquents. Crampes dans les jambes la nuit qui arrachent des cris à la malade et la forcent à se lever.

Elle a toujours été un peu frileuse mais elle n'a les pieds et les mains gelés que depuis un an.

Pas de doigt mort.

Migraines fréquentes depuis un an.

Jambes un peu enflées le soir.

Très pâle. Ne se mouche jamais, ne s'enrhume pas, n'a pas de coryzas.

Le corps thyroïde paraît normal.

Les autres organes aussi.

Ni exophtalmie, ni tremblement, ni tachycardie.

Dans les urines léger nuage d'albumine.

OBSERVATION VII

Mlle Léonie C..., dix-huit ans, domestique.

Antécédents héréditaires. — Rien à noter.

Antécédents personnels. — Plusieurs bronchites de deux à quatre ans.

Rougeole à huit ans.

Coqueluche à la même année.

Tous les hivers la malade a une angine et des coryzas très fréquents.

Réglée à l'âge de treize ans. Jamais régulièrement. Toujours en retard de dix à quinze jours. Quelquefois elle reste deux ou trois mois sans être réglée.

Les règles sont toujours précédées, accompagnées et suivies de fortes douleurs dans le bas-ventre.

Leucorrhée abondante depuis deux mois, tachant la chemise.

La malade a toujours été très constipée n'allant à la selle que tous les quatre, cinq, six ou huit jours.

Il y a un mois, elle fait une chute dans le Métropolitain et ressent une grande frayeur.

Une semaine après cet accident, elle commence à souffrir dans le ventre, principalement au niveau de la région ombilicale.

Dès lors, la constipation devient plus opiniâtre si possible, l'appétit se perd, la bouche est pâteuse, les douleurs deviennent plus intenses et s'étendent au côlon transverse.

Mais des débâches diarrhéiques surviennent de temps à autre et un petit soulagement est procuré à la malade.

C'est alors qu'elle commence à remarquer des glaires et des peaux dans ses selles.

La paroi abdominale n'est pas flasque et on ne remarque aucune vergeture. La palpation est douloureuse sur tout l'abdomen, mais surtout à la région ombilicale et les angles du côlon.

Pas de rein flottant ni d'autre ptose viscérale appréciable. Rien au cœur ni aux poumons et le foie paraît normal.

La malade est très émotive, elle pleure et rit facilement. Léger tremblement des doigts et de la langue.

Dort très mal, rêves et cauchemars. Toujours froid aux pieds et aux jambes.

Crampes dans les mollets.

Sensation de doigt mort.

Céphalées temporales fréquentes, jambes très enflées le soir, surtout la droite.

Elle urine souvent et se relève la nuit pour uriner.

Se mouche très rarement.

Voûte palatine ogivale. Dents mauvaises, 6 plombées, 2 absentes.

Elle perd beaucoup ses cheveux qui sont bifides.

Asymétrie faciale.

Le corps thyroïde semble normal.

Exophtalmie très nette.

Tremblement.

Tachycardie. Pouls 108.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

L'analyse des autres éléments n'a pas été faite.

OBSERVATION VIII

Mme N... Célestine, vingt-quatre ans, représentante de commerce.

Antécédents héréditaires. — Père mort à cinquante-deux ans de tuberculose pulmonaire.

Mère, quarante-huit ans, a été très grosse jusqu'à la mort de son mari survenue en 1899; depuis, a beaucoup maigri et est maintenant très maigre; mais elle se porte bien.

A eu quatorze enfants vivants et quelques fausses couches. Il reste six enfants. Cinq sont morts à treize ans de phtisie galopante, une fille à treize ans, de péritonite tuberculeuse, et les deux autres vers trois ou quatre ans de méningite tuberculeuse.

La malade a eu un eczéma en nourrice qui ne s'est passé qu'à vingt et un ans, époque du mariage.

Pas de maladies infantiles.

A dix-sept ans, fièvre typhoïde légère et, à la suite, une gastrite avec douleurs intenses au creux épigastrique, aussitôt après les repas, mais sans nausées ni vomissements.

Après un mois de traitement à l'Hôtel-Dieu, la malade en sort guérie de cette affection.

De dix-sept à vingt ans, la malade se porte très bien, mais son eczéma persiste.

Réglée pour la première fois à onze ans, les règles ne reparaissent qu'à quatorze ans et ont été depuis cette époque faciles et régulières.

Elle se marie à vingt et un ans, mais elle maigrit beaucoup dès ce moment et se sent très fatiguée.

14 mai 1906. — N'ayant jamais eu de troubles intestinaux sauf de la constipation et quelques rares coliques, la malade est prise de très violentes douleurs dans tout l'abdomen et voit s'accentuer de plus en plus sa constipation (trois, quatre, cinq jours sans selle).

Elle se purge à deux reprises avec de l'eau de Carabana avec succès.

Les troubles sont survenus sans cause apparente, sans grand écart de régime, sans aucune maladie infectieuse (grippe, etc.)

Un régime alimentaire sévère améliore la maladie en huit jours.

Le dixième jour des douleurs très violentes apparaissent dans la fosse iliaque gauche et la constipation devient encore plus intense.

Des lavements, loin d'atténuer les douleurs, les accentuent ; ils ramènent avec les selles des membranes très abondantes pendant les défécations ou même en dehors d'elles.

La malade a de l'inappétence, quelques nausées sans vomissements et de la fièvre.

Le quinzième jour de sa maladie elle est admise à l'hôpital.

A son entrée, la malade se plaint de douleurs intenses et permanentes dans la fosse iliaque gauche et des coliques atroces au moment de la défécation. On constate dans toutes les selles des peaux et des glaires.

Le quinzième jour, après avoir pris de la poudre alcaline, la malade dit qu'elle a expulsé avec ses matières un liquide jaunâtre et fétide analogue à du pus avec de nombreuses glaires.

L'état intestinal s'améliore peu à peu, les douleurs se sont atténuées ; la constipation est moins opiniâtre, l'état général est meilleur malgré un mouvement fébrile qui persiste autour de 38 degrés.

Amaigrissement très sensible depuis son entrée à l'hôpital.

Malade très nerveuse, très émotive, irritable. Pas de crises nerveuses. Rougit et pâlit très facilement. Palpitations plusieurs fois par jour depuis l'apparition de l'entéro-colite. Elle tremble à la moindre contrariété.

Elle dit qu'elle dort bien mais que son sommeil est troublé par de nombreux rêves et quelquefois par des cauchemars.

Avant son entéro-colite et pendant un mois elle croyait toujours tomber dans un précipice avant de s'endormir.

Depuis de longues années et surtout quand le travail était plus assidu que d'habitude, la malade avait de fréquentes migraines sans nausée, ni vomissements, survenant tous les huit jours et d'une durée de vingt-quatre et même de quarante-huit heures.

Pas de névralgies dentaires. Les dents sont en bon état.

Mais de fréquentas céphalées fronto-occipitales.

Pas de varices ni d'hémorroïdes. Cryesthésie au niveau des jambes. Œdème prétibial constant.

Pas de doigt mort.

Elle urine souvent, mais peu à la fois. Depuis son entrée la miction est devenue encore plus fréquente et difficile.

Voûte palatine ogivale.

Tous les hivers, des angines qui se répètent quatre à cinq fois et qui durent une quinzaine de jours.

Elle crache beaucoup le matin depuis qu'elle est dans le service.

Ne dort pas la bouche ouverte, ne ronfle pas et respire également bien par l'une et l'autre narines.

Elle se mouche très rarement.

Le rein droit est mobile. Il est douloureux à la palpation, perceptible et réductible.

La paroi abdominale un peu flasque, mais sans vergetures.

Le foie est abaissé ; il déborde de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes. La région vésiculaire est sensible, douloureuse même à la pression.

Aux poumons, on ne constate rien d'anormal.

Cœur. — Ebauche du bruit de galop. Le corps thyroïde paraît atrophié, dépression sus-claviculaire.

Urines. — Ni albumine, ni sucre.

Volume.....	850 cmc.
Réaction.....	Faiblement acide
Densité.....	1016

Par litre :

Chlorures.....	12,05
Phosphates.....	1,60
Urée.....	20,10
Acide urique.....	0,36

OBSERVATION IX (Résumée)

(Communiquée par M. le Dr Lecaplain, à la Société médicale de Rouen. Séance du 20 juillet 1908.)

Entéro-colyte muco-membraneuse. — Erythème ortié. Adénoïdisme et neuro-arthritisme chez un enfant de six ans.

Le 20 septembre 1907, nous étions appelé près d'un enfant F.., âgé de six ans, qui souffrait de violentes douleurs abdominales depuis la veille au soir ; le matin même les parents avaient remarqué l'apparition d'une légère éruption.

Huit jours avant l'enfant était allé à la campagne chez des parents qui l'avaient gorgé de friandises, de vin, de café, etc. Chez lui, en temps ordinaire, l'enfant a un régime normal.

Il n'a jamais de douleurs intestinales vives, mais il est généralement constipé ; à deux ou trois reprises pendant les mois

précédents des glaires et des peaux sont apparues dans les selles.

A l'examen nous trouvons l'enfant couché les genoux repliés, se plaignant de violentes douleurs abdominales ; ces douleurs ont la forme de coliques généralisées à tout l'abdomen ; il n'y a pas de points particulièrement douloureux à la palpation ; le ventre est légèrement rétracté et se détend au moindre contact ; l'enfant est agité, pleure, crie et présente des signes d'une émotivité excessive ; le teint est un peu pâle, la langue est blanchâtre ; il n'y a pas de vomissements.

L'éruption est constituée par des placards rouges légèrement surélevés, irréguliers. Cette éruption qui a les caractères d'un érythème ortié est le siège d'un prurit intense et surtout marqué aux avant-bras.

L'enfant présente en outre un facies adénoïdien des plus accentués : nez petit, narines imperméables, bouche ouverte et déformée, voûte du palais très ogivale.

Pas d'angine, pas de catarrhe oculo-nasal.

Température à 37°5. Pouls à 100.

Les urines sont un peu colorées, mais ne contiennent ni albumine ni sucre.

Le lendemain 21 septembre, nous trouvons l'enfant toujours agité ; il a pleuré pendant une partie de la nuit ; il se plaint toujours de son ventre : il n'est pas encore allé à la selle ; l'éruption est beaucoup plus intense que la veille, le prurit aussi ; la langue est toujours blanchâtre, la température est à 37°3, le pouls à 100.

23 septembre. — Les douleurs ont totalement disparu ;

nous obtenons une selle formée de matières mélangées, noires et jaunes, glaireuses, encore dures, sanglantes. Température : 37 degrés, pouls à 100.

24 septembre. — Pas de douleurs abdominales ; une selle noire et jaune, glaireuse et sanguinolente. Disparition complète de l'éruption.

25 septembre. — Une selle noire et jaune, mais beaucoup moins sèche, quelques glaires et quelques filets de mucus.

27 septembre. — Les selles sont jaune pâle, encore pâteuses, elles ne contiennent presque plus de glaires, ni de filaments ni de sang ; l'enfant ne souffre plus de son ventre.

13 octobre. — Les selles sont de couleur et de consistance normale ; il y a encore parfois quelques glaires et quelques filaments muqueux, mais non dans chaque selle.

Enfin au commencement du mois de novembre, tous glaires et filaments de mucus ont complètement disparu.

Cet enfant est très nerveux, pleurnicheur, facilement excitable ; le père est bien portant mais la mère est sujette aux migraines et présente un léger degré d'obésité ; une petite sœur, plus jeune, a parfois des glaires dans les selles.

De plus, de même que la mère et la jeune sœur, mais à un degré plus accentué, l'enfant est adénoïdien ; nez petit, narines imperméables, bouche ouverte, palais très ogival, présence de végétations.

OBSERVATION X

Mme Eugénie B..., âgée de vingt ans, sans profession.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant.

Mère constipée et souffrant depuis longtemps de l'estomac.

Un frère mort de tuberculose pulmonaire.

Une sœur de cinq ans bien portante.

Antécédents personnels. — Bronchite à neuf ans.

Rougeole à dix ans.

Réglée à quatorze ans et demi régulièrement et sans coliques ni leucorrhée. Depuis l'accouchement, les règles sont devenues irrégulières, en avance ou en retard de dix, quinze, vingt jours.

Mariée depuis deux ans, elle a eu un enfant, qui se porte bien.

Pas d'angine, mais des rhumes fréquents.

Elle a toujours été constipée ; mais depuis son accouchement elle le serait moins et de temps en temps la constipation est remplacée par des crises diarrhéiques.

Et c'est depuis l'apparition de la diarrhée que la malade souffre du ventre.

Les coliques siègent sur toute la région abdominale avec exaeerbation, à l'époque des règles ou à la suite d'une émotion, de fatigue, ou de soucis moraux.

Deux mois après l'accouchement son cou commence à grossir et elle se voit obligée d'élargir son col. Le goître ne fait que s'accentuer avec le temps. La malade n'a regardé ses selles que depuis deux mois et, ayant découvert des peaux et des glaires, elle les examine depuis régulièrement.

Les peaux et les glaires deviennent plus abondantes au moment de l'exacerbation des douleurs abdominales.

L'appétit de la malade continue à être toujours bon et sa langue n'est ni blanche ni saburrale.

A l'examen de la paroi abdominale flasque et vergeturée on réveille une douleur sourde au niveau du cæcum et des angles coliques.

Le foie et les autres organes paraissent normaux.

Pas de rein flottant appréciable. C'est une jeune femme d'apparence plutôt robuste et ne paraissant, ni nerveuse, ni émotive, ni irritable.

La dentition est bonne, mais le palais a la forme d'une ogive, les amygdales sont grosses et hypertrophiées et la paroi postérieure du pharynx est parsemée de granulations.

Elle respire bien par les deux narines et n'a jamais mouché de croûtes.

Névralgies très fréquentes. Céphalées fronto-occipitales à la moindre contrariété.

Frileuse, elle se couvre beaucoup hiver et été ; crampes dans les mollets et fourmillements constants dans les jambes et les bras.

Tremblement et tachycardie : pouls à 112.

Légère exophtalmie plus accentuée du côté droit.

Corps thyroïde. — Perceptible par la palpation. Le lobe gauche est franchement hypertrophié ; le lobe droit, beaucoup moins, est néanmoins assez visiblement augmenté de volume.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

OBSERVATION XI

Hortense B..., âgée de soixante-cinq ans, sans profession.

Antécédents héréditaires. — Père mort à soixante-huit ans d'hémorragie cérébrale ?

Mère asthmatique morte à soixante-dix ans de congestion pulmonaire.

Deux sœurs vivantes et bien portantes, un frère mort de tuberculose pulmonaire à l'âge de vingt ans.

Antécédents personnels. — Rougeole à dix ans.

Angine diphtérique à quarante ans.

Réglée à dix-sept ans régulièrement depuis; ni coliques ni leucorrhée.

Mariée elle a eu cinq enfants :

Trois filles bien portantes et mariées. Rien à signaler.

Deux garçons morts, le premier à l'âge de deux ans du croup et le second de convulsions à l'âge de deux mois.

La malade nous dit que ses enfants, quoique bien portants, souffrent souvent de maux de gorge et qu'elle même est sujette aux angines.

Elle a toujours été constipée, et sans lavements et pilules laxatives n'irait pas à la selle.

Elle se plaint de son ventre et de coliques fréquentes. Elle se force pour manger. La bouche est toujours pâteuse, l'haleine fétide.

Elle a souvent des névralgies dentaires.

La malade a remarqué depuis longtemps que ses matières contiennent des glaires, mais elle n'a jamais vu des peaux.

Très frileuse. Toujours froid aux pieds et aux jambes. Pollakuirie, elle se relève cinq ou six fois la nuit pour uriner. Pas de polyurie.

Sensation de doigt mort.

Pas de céphalées.

Pas d'œdème malléolaire.

Pas de varices.

Son sommeil n'est pas agité ; ne dort pas la bouche ouverte et n'a jamais mouché des croûtes.

La paroi abdominale très flasque et criblée de vergetures (5 grossesses) n'est pas très douloureuse si ce n'est par une pal-

pation continue et profonde autour de la région cæcale et de l'S iliaque.

Pas de rein flottant.

Foie débordant de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes.

Au cœur bruit de galop assez net.

Aux poumons rien de particulier.

Corps thyroïde énorme. A la vue et à la palpation hypertrophie du lobe droit, du lobe gauche et de l'isthme.

La malade nous raconte que peu de temps après son dernier accouchement, son cou commençait à grossir, qu'elle a été consulter un médecin, qui lui a dit qu'elle avait le goitre et lui prescrivit de l'iodure de potassium. Mais elle n'a pas pu le prendre à cause des douleurs d'estomac.

Depuis, son cou a grossi continuellement, mais avec des périodes d'arrêt et de poussées successives.

L'augmentation de volume coïncidait toujours avec l'époque de ses règles.

Au moment de la ménopause survenue à l'âge de quarante-trois ans, il y a eu un arrêt qui a duré, dit-elle, trois à quatre ans. puis l'augmentation de volume a recommencé.

Pas d'exophtalmie.

Pas de tachycardie.

Mais on remarque un tremblement assez notable des membres supérieurs, plus accentué à la main droite.

Pouls à 86.

Analyse des urines :

Volume.....	1.000 cmc.
Réaction	Acide

Densité	1.015 cmc.
Chlorures	9
Phosphates	0,89
Urée.....	10,20
Acide urique.....	0,252
Albumine.....	Néant
Sucre.....	Néant

CONCLUSIONS

Le rejet par l'intestin de mucus plus ou moins concrété est un phénomène banal ; aussi banal que le rejet d'un exsudat liquide.

Il est presque toujours accompagné de douleurs abdominales et de troubles de l'excrétion intestinale et forme ainsi un syndrome tantôt éphémère et tantôt durable, constituant dans ce dernier cas l'entéro-colite muco-membraneuse.

Celle-ci peut dépendre d'une excitation locale permanente (lésion utérine, rénale hépatique, intestinale appendiculaire, etc.).

Mais d'autres fois à la faveur d'une prédisposition foncière elle survit à sa cause éphémère.

On attribue cette prédiposition à un état névropathique (neuro-arthritisme, neurasthénie) qui préexiste presque toujours à l'entéro-colite muco-membraneuse.

Le neuro-arthritisme et la neurasthénie résultent de toxi-infection d'intoxication d'origine digestive, rénale hépatique, d'un fonctionnement défectueux des glandes vasculaires et particulièrement de la thyroïde.

D'autres fois c'est à un trouble des fonctions hépa-

tiques ou rénales révélé par la cholémie ou les signes du petit brightisme, etc., qu'il convient de rapporter la névropathie ou à une insuffisance ovarienne ou à toute autre cause d'intoxication dont on retrouve toujours par une enquête minutieuse les signes et les raisons chez les entéro-colitiques.

Ces facteurs d'intoxication réagissent les uns sur les autres, influent directement l'intestin dont les troubles à leur tour retentissent sur le système nerveux. Celui-ci intoxiqué règle mal les réactions de l'intestin. Survienne une excitation quelconque mécanique, toxique, infectieuse ou réflexe durable ou même éphémère, l'intestin réagira selon les divers modes de son activité moteur, sensitif, sécrétoire et trophique par un état morbide permanent l'entéro-colite muco-membraneuse.

La thérapeutique comporte quatre indications capitales :

I. — Désintoxication de l'organisme ;
II. — Sédation des troubles nerveux ;
III. — Suppression de la cause occasionnelle ;
IV. — Atténuation des réactions intestinales.

Vu : le Président de la thèse
DEBOVE

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Lalaubie (De). — Contribution à l'étude des entérites muco-membraneuses. Revue des Maladies de la Nutrition, mars 1903.

Mussen. — Gazette de Gynécologie, 1er avril 1903.

Langenhagen (De). — Colite muco-membraneuse. Les grands lavages intestinaux dans son traitement. Presse médicale, n° 38, p. 367, 1903.

Pérochaud. — Entéro-colite muco-membraneuse. Gazette médicale de Nantes, 20 juin 1903.

Giffard. — Entéro-colite muco-membraneuse. Thèse de Paris, 25 juillet 1903.

Darbousse. — Entéro-colite muco-membraneuse. Thèse de Montpellier, 1902-1903.

Delherm. — Le traitement électrique de la constipation habituelle et de la colite muco-membraneuse. Presse médicale, 9 septembre 1903.

Beurnier. — Etude clinique et thérapeutique sur l'appendicite qui se produit au cours de la colite muco-membraneuse. Bulletin général de Thérapeutique, 8 octobre-15 novembre 1903.

— Quelques réflexions à propos de la colite muco-mem-

braneuse et de l'appendicite qui se produit au cours de cette maladie. Journal des Praticiens, février 1900.

Robin (A.). — La pathogénie et le traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse. Bulletin général de Thérapeutique, 15 novembre 1903.

Bernard (F.). — Colite muco-membraneuse et appendicite. Journal des Praticiens, n° 19, p. 292, 1902.

— Congrès de Madrid, 1903.

— Goître exophtalmique et entéro-colite muco-membraneuse. Contribution à l'étude de la pathogénie de l'entéro-colite muco-membraneuse. Presse médicale, n° 48, p. 447, 1903.

Reynès (H.). — De l'entéro-colite muco-membraneuse d'origine utéro-annexielle. Presse médicale, n° 49, p. 285, 1901.

Triof. — De l'entéro-colite muco-membraneuse au cours de l'appendicite chronique. Thèse de Montpellier, 1902.

Markef. — Contribution à l'étude de l'entéro-colite muco-membraneuse et de son traitement. Thèse de Paris, avril 1903.

Delherm. — Le traitement par l'électricité de la constipation habituelle et de la colite muco-membraneuse. Thèse de Paris, juin 1903.

Mathieu. — Traité des Maladies de l'Estomac et de l'Intestin.

Doumer. — Bulletin de la Société française d'Electrothérapie, octobre 1901.

Ehrmann. — Des rapports de l'appendicite avec l'entéro-colite muco-membraneuse. Thèse de Paris, novembre 1903.

Fils (Isaac). — De la colite muco-membraneuse. Thèse de Paris, 1900.

Lyon (G.) — L'entéro-colite muco-membraneuse. Paris, 1900. Masson et Cie.

Froussard. — Contribution à l'étude de l'entéro-colite muco-membraneuse. Thèse de Paris, 1900.

Talamon. — Colique appendiculaire. Paris, 1900.

Lalaubie (De). — Contribution à l'étude des entérites muco-membraneuses. Revue des Maladies de la Nutrition, novembre 1903.

Siredey, Mathieu, Comby. — Société médicale des Hôpitaux, 27 novembre 1903.

Roussel. — Traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse par la dilatation forcée du sphincter anal. Loire médicale, 15 novembre 1903.

Bernard (F.). — Goître exophtalmique et entéro-colite muco-membraneuse. Presse médicale, n° 48, p. 447, 15 juin 1903.

Jouaust. — Contribution à l'étude de l'entéro-colite muco-membraneuse. Thèse de Paris, janvier 1904.

Foucaud. — Des fonctions intestinales dans les affections de l'estomac. Thèse de Paris, 1903.

Froussard. — Rapports entre le spasme et l'atonie de l'intestin dans la constipation habituelle. Société médico-chirurgicale, 28 décembre 1903.

Laugenhagen (de). — L'entéro-colite muco-membraneuse. Enquête sur certains points controversés de son histoire. Presse médicale, n° 38, 11 mai 1901.

Froussard. — Du régime alimentaire dans l'entéro-colite muco-membraneuse. Gazette des Hôpitaux, 17 mars 1903.

Boas, *Mannaberg*, *Ewald*, *Mathieu*, *Laugenhagen* (de). — Congrès international des Sciences médicales, août 1900.

Mazeran (A.). — La constipation spasmodique. Presse médicale, n° 50, p. 289, 1901.

Soupault et *Jouaust*. — Hypersécrétion glaireuse intestinale provoquée expérimentalement chez trois lapins. Soc. de Biologie, avril 1903.

Laignel-Lavastine. — Recherches sur le plexus solaire. Thèse de Paris, 1903.

Soupault et *Jouaust*. — Pathogénie de l'entérite muco-membraneuse. Soc. médicale des Hôpitaux, 4 mars 1904.

Lyon (G.). — Pathogénie et traitement des névroses intestinales. Monographie clinique in Œuvre médico-chirurgicale Masson et Cie, 27 avril 1904.

Alglave. — Disposition vicieuse du côlon ascendant. Revue de Chirurgie, n° 12, 1904.

Baraduc. — L'entéro-colite muco-membraneuse et son traitement à Châtel-Guyon. Paris, 1905. Masson.

Bardet. — Traitement de l'entéro-colite par le traitement gastrique. Soc. de Thérap., 7 décembre 1904.

Berghinz. — Entéro-colite streptococcique. Rivista veneta d. s. mediche, 15 avril 1903.

Bittorf. — L'inflammation aiguë de l'anse sigmoïde due à la stase des matières fécales. Berliner Klin. Wochenschrift, 16 février 1903.

Billaud. — A propos d'un cas compliqué d'entéro-colite muco-membraneuse. Gaz. méd. de Nantes, 28 janvier 1905.

Bouchard. — Maladies par ralentissement de la nutrition, p. 65, 264-274.

Bouloumié. — Entérite muco-membraneuse. Bull. gén. de Thérap., 30 janvier 1905.

Breton. — Etude clinique de la constipation. Journ. des Prat., 1903.

Bottentuit. — Etiologie et traitement de la colite muco-membraneuse. Brit. med. Journ., 27 juin 1903, p. 1488-1491.

Burlureaux. — Des rapports de la constipation et de l'entérite muco-membraneuse. Bull. de Thérap., 23 novembre 1904.

Charrin. — Les formes graves de l'entéro-colite muco-membraneuse. Congrès pour l'Avancement des Sciences. Caen, 1894

Courbe. — Traitement de l'entérite muco-membraneuse. In-12, J.-B. Baillière, 1906, 3e mille.

Cornil. — Discussion de l'Acad. de Méd., 5 juin 1906.

Dalché — L'entérite muco-membraneuse. Ses rapports avec les affections génitales de la femme. Bull. méd., n° 36, 1904.

Delacour. — Le syndrome adénoïdien. Maloine, 1904.

Dieulafoy. — Manuel de Pathologie interne, 13e édit., t. III.

— Quantité de gens simplement atteints de typho-colite muco-membraneuse ou sableuse sont indûment opérés d'appendicite qu'ils n'ont pas. Acad. de Médec., 29 mai 1906.

Dubois (de Berne). — Les psychonévroses, 2e édit. Masson, 1905.

Enriquez et *Grenet.* — Pathogénie et traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse. Bull. méd., 6 juin 1906.

Esmouet. — L'abus des lavages d'intestin. Arch. gén. de Méd., avril 1905.

— Sur la fausse membrane de l'entéro-colite. Gaz. des Hôp., 26 décembre 1905.

— Sur la pathogénie de l'entéro-colite. A. Maloine,

Gastou. — Note inspirée par la leçon du prof. Pérochaud sur l'entéro-colite muco-membraneuse. Gaz. méd. de Nantes, 11 juillet 1903.

Glénard. — Relations de la colite membraneuse avec les ptoses viscérales. Bull. de l'Acad. de Méd., 20 avril 1907.

Hertoghe (E.). — Végétations adénoïdes et myxœdème. Bull. de l'Acad. roy. de Méd. de Belgique, mars 1898.

— De l'hypothyroïdie bénigne chronique ou myxœdème fruste, 25 mars 1899.

Le Gendre. — Importance thérapeutique de l'élément névropathique dans la pathogénie de la colopathie muco-membraneuse. Bull. de la Soc. méd. des Hôp., 17 mars 1897.

— Sur l'entérite muco-membraneuse. L'épidémie de grippe actuelle. Journal de Méd. et de Chir., 10 février 1905.

Lemoine. — Sur l'entéro-colite muco-membraneuse. Le Nord médical, 15 octobre 1904.

Lévy (Léopold) et *Rothschild* (H. de). — Migraine thyroïdienne. Bull. de la Soc. méd. des Hôp., n° 16, 1906.

— Corps thyroïde et faim. Presse méd., 6 juin 1906.

— Corps thyroïde et équilibre thermique. Soc. de Biol., 20 oct. 1906.

— Corps thyroïde et tempérament. Soc. de Biol., 8 déc. 1906.

— Constipation et hypothyroïdie. Soc. de Biol., 13 avril 1907.

— Contribution au nervosisme hyperthyroïdien. Soc. méd. des Hôp., 5 juillet 1907.

— Petits incidents du traitement thyroïdien. Soc. de Biol., 18 mai 1907.

— Corps thyroïde et intestin. Soc. de Biol., 20 avril 1907.

— Nervosisme thyroïdien. XVII[e] Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de la langue française. Genève-Lausanne, août 1907.

— Corps thyroïde et neuro-arthritisme. Soc. de Biol., 19 janvier 1907.

— Insuffisance thyroïdienne. Soc. méd. des Hôp., 17 mai 1907.

— Intestin thyroïdien. Soc. de Biol., 27 avril 1907.

— Fonction trichogène du corps thyroïde. Soc. de Biol., 11 mai 1907.

Lévy (Léopold). — Le neuro-arthritisme thyroïdien et son traitement. Bull. de la Soc. de l'Internat des Hôp. de Paris, 1909, p. 255 et suiv.

Letcheff. — L'entérite muco-membraneuse chez les utérines. Thèse de Paris, 1905.

Mathieu. — Note sur les médications dans le traitement de la colite muco-membraneuse. Rev. de Thérap., 15 oct. 1904.

— Notes sur les indications fondamentales dans le traitement de la colite muco-membraneuse. Soc. de Thérap., 12 oct. 1904.

Mathieu et *Roux* (Ch.). — Constipation anatomique et constipation spasmodique. Gaz. des Hôp., 1905.

— Note sur la nature et les principales indications thé-

rapeutiques de la colite muco membraneuse. Gaz. des Hôp., 1905, p. 1031.

— La colite muco-membraneuse et les colites chroniques intermédiaires. Gaz. des Hôp., 1905, p. 1503.

Nepper et *Riva*. — Recherches sur les substances anti-coagulantes de la bile dans leurs rapports avec la colite muco-membraneuse et son traitement. Comptes rendus hebd. de la Soc. de Biol., n° 3, 26 janvier 1906.

— Procédé de traitement de la bile pour obtenir un extrait aux propriétés anti-coagulantes. Soc. de Biol., 26 janvier 1906.

Riva. — Note sur la présence de mucinase dans les matières fécales. Soc. de Biol., déc. 1905.

Robin. — Le traitement de l'entérite muco-membraneuse. Journ. des Prat., 4 avril 1903.

— La pathogénie et le traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse. Bull. de Thérap., 15 novembre 1903.

— Le traitement de l'entérite muco-membraneuse. Gaz. méd. de Nantes, 30 juillet 1904.

Roger. — Cours de pathologie expérimentale et comparée. Le tube digestif (1re leçon)

— La coagulation de la mucine. Soc. de Biol., novembre 1905.

— Les maladies infectieuses, t. II, p. 732 et s.

— Préface in Thèse Trémolières, 1906. Boulangé, libraire.

Roger et *Garnier*. — La sclérose du corps thyroïde chez les tuberculeux. Soc. de Biol., juillet 1898.

— Infection thyroïdienne expérimentale. Soc. de Biol., octobre 1898.

— La glande thyroïde dans les maladies infectieuses. Presse méd., avril 1899.

— La glande thyroïde dans la variole. Presse méd., mars 1906.

Roger et *Trémolières*. — Recherches expérimentales sur les entérites muco-membraneuses. Journ. de Physiol. et de Pathol. génér., mars 1906.

Trémolières. — Note sur l'anatomie pathologique de l'entéro-colite muco-membraneuse. Compte rendu de la Soc. de Biol., n° 21, 1906.

Trémolières et *Riva*. — Présence de la mucinase dans le sang des hommes et des animaux atteints d'hypersécrétion muqueuse intestinale. Soc. de Biol., 13 avril 1906.

Trémolières. — L'entéro-colite muco membraneuse. Etude critique, expérimentale et clinique. Boulangé, libraire, 2e édit., 1907.

Garnier. — La glande thyroïde dans les maladies infectieuses. Thèse de Paris, 1899. Carré et Naud, édit.

Vincent. — Le signe thyroïdien dans le rhumatisme aigu. Bull. de la Soc. méd. des Hôp., juin 1906.

— Sur la fréquence du signe thyroïdien dans certaines maladies infectieuses. Bull. de la Soc. méd. des Hôp., juin 1906.

Lépine (Jean). — Pathogénie des états neurasthéniques. Congrès français de Médecine. Genève, 1908, p. 132 et suiv.

Imp. de la Faculté de médecine Henri Jouve, 15, rue Racine, Paris.